EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J.-L. AUDEBERT



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1898

TITRES

Interne des hopitaux de Bordeaux (1886).

Interne a la Maternité de Bordeaux (1888).

Moniteur d'accouchements a la Faculté de Bordeaux (1888, 1889, 1891, 1893).

Docteur en médecine (1890).

Lauréat de la Faculté. Prix des thèses. Médaille de bronze (1890).

Chef de clinique adjoint (1890).

Chef de clinique obstétricale (1893).

Lauréat de la Société de médecine et de chirurgie de bordeaux Prix Jean Dubreuilh (1896).

Répétiteur a la clinique Baudelocque (1897).

Membre fondateur de la Société obstétricale de France.

Membre de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux.

Membre de la Société d'anatomie de Bordeaux.

Membre de la Société d'hygiène publique de bordeaux.

Membre de la Société de médecine et de chirurgie de bordeaux.

ENSEIGNEMENT

Exercices pratiques d'opérations obstétricales à l'amphithéâtre (1888-1889, 1890-1891, 1892-1893).

Conférences cliniques et exercices de diagnostic pour les étudiants (1891-1892, de 1893 à 1896).

Conférences cliniques et exercices de diagnostic pour les élèves sages-femmes (de 1893 à 1896).

Exercices pratiques à la clinique Baudelocque (1897-1898).

PUBLICATIONS

I. — PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Des injections de sérum artificiel en obstétrique. Indications et résultats (*Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, 1895).

J'ai employé systématiquement les injections de sérum artificiel :

1° *Chez les femmes hémorragiées.* — Les résultats ont toujours été excellents.

2° *Chez les femmes présentant des phénomènes d'auto-intoxication gravidique.* — Résultats variables. Quelquefois, des vomissements persistants ont disparu après quelques injections hypodermiques; d'autrefois, l'action du sérum salé a été nulle, en particulier dans un cas de monoplégie brachiale.

3° *Chez les éclamptiques.* — Les injections d'eau salée, toujours abondantes (de 1,000 à 1,500 centimètres cubes par jour), ont été précédées d'une copieuse saignée. Mortalité : 1 femme sur 7.

4° *Chez les nouveau-nés prématurés ou débiles.* — Effet douteux; en général, les deux ou trois premières injections sont marquées par une augmentation de poids des tétées ; puis la courbe redescend bientôt.

Ces expériences ont été faites avec le sérum de Hayem ou avec une solution ainsi dosée :

Eau stérilisée	1 litre.
Chlorure de sodium	10 grammes.
Glycéro-phosphate de soude	4 —

Traitement des vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse, par le curettage d'emblée (*Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, 1895).

Dans les cas de vomissements incoercibles, quand une intervention prompte est nécessaire et lorsque toute perte de temps peut amener une issue fatale, il vaut mieux éviter les lenteurs, parfois excessives, de l'avortement provoqué par les moyens ordinaires et pratiquer *d'emblée* le curettage de la cavité utérine. On peut reconnaître au curettage, sur les autres procédés, les avantages suivants :

1° La rapidité de l'opération, comparée à la durée si longue de l'avortement après introduction des sondes ou des ballons (3 jours, 9 jours); 2° l'évacuation *totale* de l'utérus, qui met la femme à l'abri de la rétention placentaire, aussi fréquente après l'avortement provoqué qu'après l'avortement spontané, et par conséquent qui supprime les complications de la rétention : hémorragie, infection; 3° la *limitation* de la perte de sang, qui est ainsi réduite à son minimum; 4° l'innocuité de l'opération entre des mains prudentes et aseptiques.

Hystéropexie et grossesse. En collaboration avec le Dr J.-W. Binaud (*Archives cliniques de Bordeaux*, avril 1897).

Travail qui a pour base l'observation d'une malade ayant subi l'hystéropexie et chez laquelle la grossesse a été normale; mais pendant l'accouchement et la délivrance, les contractions ont été faibles, et le travail d'une lenteur marquée (24 heures). De plus, il y a eu une hémorragie peu grave *post partum*. Cette lenteur du travail et cette hémorragie pourraient peut-être s'expliquer par les tiraillements que les adhérences utéro-pariétales font subir aux fibres musculaires de l'utérus. Ces tiraillements nous paraissent, dans le cas actuel, avoir été réduits au minimum.

On a fait, tant en France qu'à l'étranger, un certain nombre de statistiques qui permettent de se rendre compte des troubles que l'hystéropexie peut entraîner quant à l'évolution de la grossesse et à la marche du travail.

Il résulte de ces statistiques qu'il y a, selon les auteurs, dystocie ou grossesse anormale dans un tiers ou un quart des cas.

Il ne faut pas s'en étonner *a priori*, l'avortement ou l'accouchement prématuré semblent inévitables dans ces cas, le développement de l'utérus devant être considérablement gêné par les attaches antérieures qui l'immobilisent à peu près complètement.

Si la grossesse va à terme, il semble qu'on devra s'attendre, pendant le travail, à tous les accidents qui résultent du défaut d'accommodation (présentations vicieuses, procidences, lenteur du travail, rupture prématurée des membranes, etc.).

Et cependant, dans la majorité des cas, il n'y a d'accidents ni au cours de la grossesse, ni pendant le travail. Ce fait paradoxal s'explique par des considérations anatomo-pathologiques.

Après la ventrofixation, la paroi antérieure seule est adhérente; la paroi postérieure est entièrement libre. Le développement de l'utérus gravide se fait donc aux dépens de cette paroi libre. Les nécropsies de femmes mortes en couches après hystéropexie ont montré un épaississement de la paroi antérieure et un amincissement correspondant de la paroi postérieure.

Les conséquences de cet amincissement sont redoutables, puisqu'il expose à la rupture utérine. Cet amincissement est noté par Norris, qui rapporte le cas d'une femme qui accoucha néanmoins deux fois sans accidents, mais péniblement, d'enfants morts.

A notre avis, il y a encore une autre raison à cette tolérance de l'organe gestateur; les adhérences utéro-abdominales participent à cette sorte de ramollissement et d'imbibition que provoque la grossesse dans les tissus utérins et péri-utérins; elles deviennent donc souples et se relâchent, permettant ainsi à la grossesse de se développer sans tiraillements, à moins qu'un travail de suppuration n'ait enlevé toute élasticité à ces liens cicatriciels.

Quelquefois aussi, les adhérences se rompent spontanément, ou bien le nombre des sutures a été insuffisant, la surface de contact entre la matrice et l'abdomen très restreinte, d'où plus grande mobilité pour l'organe hystéropexié.

Il semble ressortir des faits observés que dans certains cas

l'avortement et l'hémorragie ont été causés par les adhérences utéro-abdominales. Or, le but de l'hystéropexie est justement de fixer l'utérus à la paroi et de l'y souder.

Comment alors expliquer que dans de tels utérus la grossesse soit tantôt normale, tantôt accompagnée d'accidents? Selon nous, cela dépendrait plutôt de la solidité des adhérences que de l'étendue de leur surface. Cette solidité est avant tout la conséquence d'une inflammation d'intensité variable au niveau de la plaie (état antérieur du péritoine, souvent chroniquement enflammé). Des expériences multiples ont établi le peu de solidité des adhérences séro-séreuses, et démontré que la formation d'adhérences résistantes supposait un processus d'infection, atténuée sans doute mais nécessaire.

Cette influence de l'inflammation nous semble indéniable.

Tous les accidents sont-ils imputables à l'opération? Les pexies sont pratiquées pour obvier soit à des prolapsus, soit, plus souvent, à des rétroflexions. Or, un utérus rétrofléchi est souvent un utérus malade; cet état de l'utérus pourrait bien expliquer les anomalies dans les contractions utérines et la mauvaise accommodation.

La dystocie ne pourrait-elle pas relever, dans une certaine mesure, des opérations complémentaires (amputation du col, etc.), pratiquées souvent en même temps que l'hystéropexie?

Outre les causes banales de l'interruption de la grossesse (syphilis, etc...), n'y aurait-il pas lieu, aussi, de penser à l'atonie musculaire généralisée, état dont les différentes ptoses semblent relever? Enfin, la technique opératoire suivie devrait influer également; on devrait aussi penser à la présence possible d'un fibrome.

Etude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col (*Annales de gynécologie*, janvier 1895).

Quel est l'avenir fonctionnel de l'utérus après l'amputation du col? N'observe-t-on pas, au cours des grossesses ultérieures, plus d'avortements et d'accouchements prématurés qu'à l'ordinaire? La marche du travail et la dilatation ne présentent-elles pas des

particularités dystociques? Tels sont les points que j'ai cherché à élucider dans cette monographie, en m'appuyant sur les observations de 16 femmes, chez lesquelles l'opération de Schrœder a été pratiquée.

Durée de la grossesse. — Ces 16 femmes ont eu, après l'amputation, 24 grossesses, sur lesquelles :

5 seulement sont arrivées à terme,

19 se sont terminés avant terme :

par 10 avortements

et 9 accouchements prématurés.

Par conséquent, chez les femmes qui ont subi la résection cervicale, l'interruption prématurèe de la grossesse est très fréquente; on la rencontre environ dans les 4/5 des cas.

Si on compare la marche des grossesses qui ont précédé l'amputation du col, avec l'évolution de celles qui l'ont suivie, on trouve que les mêmes femmes, avant d'être amputées, ont fourni 27 grossesses, sur lesquelles :

22 sont arrivèes à terme,

2 se sont terminées à 8 mois,

1 s'est terminée à 7 mois et demi,

2 avortements ont eu lieu à 3 mois.

Donc, avant l'amputation du col, sur 27 grossesses, 22 se sont terminées à terme, soit 81 p. 100. Les mêmes femmes, devenues enceintes après l'amputation, ne portent à terme que 5 grossesses sur 24, soit 21 p. 100.

La comparaison du nombre des avortements n'est pas moins probante : pour 2 avortements antérieurs, nous en relevons 10 postérieurs à l'opération.

Sans rechercher une explication pathogénique applicable à tous les cas, il ressort de mes observations que la durée de la gestation dépend presque toujours de la hauteur de la section du col; par exemple, une femme, après l'évidement du col, sera moins exposée à l'avortement qu'après une amputation plus radicale. Pour l'opération de Schrœder, il en est de même, et l'étendue

de la perte de substance, l'épaisseur de la rondelle sectionnée me paraissent avoir une influence certaine sur l'interruption prématurée de la grossesse.

Troubles de la grossesse. — Dans une observation n° XIV, j'ai noté des hémorragies persistant pendant deux mois, et des douleurs très vives dans les reins et l'hypogastre pendant le dernier trimestre; douleurs dues probablement aux tiraillements exercés par l'expansion du segment inférieur sur la cicatrice cervicale.

Marche du travail. — Même dans les cas où la terminaison de l'accouchement a été spontanée, la durée de la dilatation a été un peu supérieure à la moyenne (16, 18 heures chez des multipares).

Rupture prématurée des membranes. — Cet accident a été rencontré fréquemment. Sur 14 accouchements, qui ont eu lieu après la fin du sixième mois, j'ai constaté 10 fois la rupture prématurée des membranes. Dans 2 cas, cette rupture était causée vraisemblablement par une insertion basse du placenta, mais dans les 8 autres elle paraissait liée à l'état particulier du col amputé.

Tantôt la rupture s'est produite tout à fait au début du travail; tantôt deux, trois, quatre et même huit jours avant l'apparition des premières contractions; elle a eu pour conséquence d'amener toujours l'expulsion du fœtus dans un délai plus ou moins long et à une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse.

Présentations. — Les présentations observées ont été :
Sommet, 9 fois,
Siège complet, 2 fois.
Épaule, 3 fois,
Mortalité des enfants : 3/14, soit 21 p. 100.

Délivrance. — Dans quatre observations d'avortement, j'ai relevé la rétention du placenta. Cette fréquence de l'avortement incomplet (4 fois sur 10) me semble tenir au défaut de dilatabilité de l'orifice utérin cicatrisé.

Dystocie. — J'ai constaté, une fois, une lenteur extrême du travail, avec dilatation toujours incomplète et rétraction du col sur la tête dernière. Dans un cas, l'introduction du doigt dans l'utérus ne se fit qu'avec la plus grande difficulté par suite de la résistance du canal cervical. Pour cette même raison, dans une autre observation, la dilatation, pratiquée avec les bougies de Hégar, amena l'éclatement des deux commissures.

La présence d'un anneau fibreux cicatriciel absolument inextensible rendit, chez une femme accouchant à six mois, toute dilatation impossible, et je fus obligé d'en venir à la section bilatérale de la lésion inodulaire.

L'observation XV offre l'exemple d'une forme spéciale de dystocie rarement observée et caractérisée par un défaut de développement, par une surdistension partielle du segment inférieur et, de plus, par une élévation anormale de la partie fœtale en présentation (sommet). Cette dystocie doit être attribuée non seulement à une véritable sténose cicatricielle du col, mais encore à une altération particulière du muscle utérin, qui ne serait pas sans analogie avec les lésions produites par les cautérisations au chlorure de zinc. Le travail dura quatre jours, et il fallut terminer l'accouchement par une basiotripsie laborieuse, à travers un orifice incomplètement dilaté.

Il est bon de remarquer que, dans ces dernières observations, l'amputation du col avait été *atypique*.

Interventions. — Les opérations pratiquées ont été les suivantes :

1 incision du col,
1 forceps,
1 basiotripsie,
1 embryotomie,
2 versions,
2 curages digitaux } pour rétention placentaire.
2 curettages }

soit 10 interventions pour 24 accouchements ou avortements.

Pathogénie. — Quand, à la suite de l'amputation du col, la réunion par première intention vient à faire défaut, quand une cicatrisation par bourgeonnement se produit, le tissu élastique du col se transforme en un tissu scléreux inextensible. Le rétrécissement cicatriciel est constitué.

Pour l'éviter, il faut assurer l'adaptation des surfaces cruentées par des points de suture nombreux et rapprochés. De même, pour permettre aux grossesses ultérieures d'arriver à terme, ou du moins près du terme, il serait à désirer qu'on fût aussi ménager que possible de l'étoffe du col.

Traitement prophylactique. — Chez une femme qui devient enceinte après l'opération de Schrœder, certaines précautions sont indispensables. Elle est exposée, plus que toute autre, à l'expulsion prématurée du produit de la conception. Elle évitera toute fatigue et, dans le dernier tiers de la gestation, on exigera d'elle le repos complet. A deux reprises, j'ai pu observer les bons effets du repos persistant pendant les derniers mois de la grossesse.

Traitement curatif. — Que doit-on faire en présence d'un rétrécissement cicatriciel post-opératoire? L'expectation trop longue expose à la rupture utérine; la dilatation forcée, instrumentale ou manuelle, est dangereuse. Suivant les cas, on pourrait recourir au débridement du col ou à la basiotripsie. L'opération césarienne, suivie de l'amputation de Porro ou de l'hystérectomie totale, sera parfaitement justifiée chez une femme à terme, si l'anneau fibreux est très étendu et surtout si le défaut d'expansion du segment inférieur oppose à la descente de la partie fœtale un obstacle infranchissable.

Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide (*Presse médicale*, septembre 1897).

Relation d'un cas de sialorrhée observé chez une femme de trente-huit ans, secondipare, qui, dès les premiers mois de la grossesse, se plaignit d'un écoulement incessant de salive (700 à

800 grammes de liquide par jour); émaciation; dysphagie; pas d'albuminurie. Utérus rétrofléchi; la réduction en fut facile, et le ptyalisme diminua le jour même de l'opération et cessa complètement au bout de 3 jours.

A noter dans cette observation le retentissement de la sialorrhée sur l'état général, et la guérison de cette affection liée ordinairement à une auto-intoxication gravidique, par la seule réduction de l'utérus rétrofléchi.

Rougeole et grossesse (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1897).

Relation d'un cas de rougeole bénigne survenue à la fin du huitième mois de la grossesse, et remarquable par l'absence de tout retentissement sur la gestation. Aucune complication, ni du côté des bronches, ni du côté de l'utérus. La femme accoucha à terme, trois semaines après la fin de l'éruption, d'un enfant vivant, chez lequel on remarqua, au moment de la naissance, un piqueté rougeâtre sur le ventre et la poitrine, avec une desquamation très accusée sur d'autres points du corps. Ces signes me paraissent insuffisants pour affirmer la contamination rubéolique *in utero*.

Les faits de ce genre sont assez rares, puisque la rougeole provoque presque toujours l'expulsion prématurée de l'œuf, surtout si la grossesse est déjà avancée.

Volumineux kyste ovarique simulant une grossesse extra-utérine (*Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, 1897).

Observation dont l'intérêt réside dans l'erreur de diagnostic commise chez une malade de la Clinique. Le diagnostic de grossesse extra-utérine reposait sur des commémoratifs, tels que : troubles sympathiques du début de la grossesse; mouvements actifs du fœtus perçus avec la plus grande netteté par le malade pendant deux mois et cessant subitement à la suite d'une crise que l'on pouvait mettre sur le compte d'une rupture partielle du kyste

(douleur abdominale subite et extrêmement vive, vomissements, syncopes, refroidissement des extrémités) ; de plus, le diagnostic s'appuyait sur des phénomènes de faux travail observés à plusieurs reprises; enfin, sur la constatation directe d'une tumeur qui figurait assez bien un fœtus situé transversalement dans le flanc droit. La laparotomie démontra la présence d'un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire droit, dont une poche s'était rompue (comme en témoignaient l'affaissement et la flaccidité de la paroi), donnant ainsi l'illusion d'une rupture de la trompe.

Disparition subite d'un œdème considérable des membres inférieurs chez une femme enceinte, à la suite de la mort « in utero », du fœtus, étranglé par deux circulaires du cordon (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897).

On voit fréquemment, au cours de l'accouchement, des circulaires formés par le cordon autour du cou de l'enfant; on peut les dérouler, en les faisant passer par-dessus la tête du fœtus, ou les sectionner. Mais dans aucun de ces cas ils ne deviennent un obstacle à l'accouchement.

Ces circulaires peuvent, s'ils sont serrés, amener des troubles graves de la circulation fœto-placentaire, en oblitérant la lumière des vaisseaux ombilicaux. D'autres fois, la constriction opérée par le cordon sur le cou amène la stagnation du sang veineux sur la tête, la congestion du cerveau et l'asphyxie.

Ces complications sont heureusement rares. Mais les circulaires du cordon amènent d'ordinaire la brièveté accidentelle du cordon, qui aggrave le pronostic pour le fœtus et peut donner lieu à de sérieuses difficultés au moment de son extraction.

Voici le résumé d'une observation dans laquelle ces difficultés se sont présentées :

Jeune femme secondipare, enceinte de huit mois. Quatre ans auparavant, première grossesse normale — fille — accouchement normal.

Au début de la grossesse actuelle, rien de particulier ; vers le sixième mois survient un œdème malléolaire, d'abord léger, mais qui s'accroît rapidement. Le 13 février 1895, cet œdème, qui d'ordinaire occupait le

soir tout le membre inférieur, disparaît tout à coup sans cause apparente.

L'interrogatoire ne révèle aucune particularité : ni traumatisme, ni hémorragie, ni perte d'eau. Mais, au dire de la malade, le jour où l'œdème avait disparu, les mouvements de l'enfant, d'ordinaire assez confus, étaient devenus violents, presque convulsifs, puis avaient cessé brusquement et pour toujours. La sécrétion urinaire avait aussi augmenté.

Examen le 14. Aucune douleur, aucun malaise. Pas d'albumine, ni hydramnios, ni œdème, ni varices. Seins bien développés, sans montée de lait apparente. Hauteur de l'utérus, 28 centimètres au-dessus de la symphyse; la tête fœtale est dans l'hypocondre droit; siège complet au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche et en avant. L'exploration ne permet pas d'enregistrer le moindre mouvement actif du fœtus; à l'auscultation, souffle utérin en plusieurs régions, notamment à gauche; mais on ne perçoit pas les pulsations du cœur fœtal.

Le travail n'est pas commencé, plusieurs tentatives de version par manœuvres externes restent sans résultat, la tête revenant chaque fois brusquement à sa position première, comme si elle avait été retenue par un fil.

Le 15, pas d'incidents; polyurie ; le 16, montée du lait. L'auscultation reste négative.

Début du travail le 18, vers 7 heures du soir. Position en S.I.G.A. A 11 heures, dilatation complète, engagement du siège.

L'expulsion est brusquement arrêtée par un obstacle constitué par la brièveté accidentelle du cordon, lequel enserre le cou du fœtus de deux circulaires et forme une écharpe sous le bras. Le cordon une fois sectionné (le fœtus était mort), l'expulsion se termine sans difficulté.

Délivrance et suites de couches normales, placenta inséré à gauche et en arrière.

Poids de l'enfant : 2,180 grammes. Sillon marqué au cou, logeant l'un des circulaires, l'autre était moins serré. Longueur totale du cordon : 61 centimètres, circonférence du cou du fœtus : 16 centimètres.

Cette brièveté du cordon rend compte des difficultés éprouvées dans les tentatives de version. En insistant dans ces tentatives on eût risqué un double danger : décollement du placenta ou strangulation du fœtus en augmentant la constriction des circulaires autour du cou.

C'est assez dire que la plus grande prudence et la plus extrême

précaution doivent guider les mains de l'accoucheur pendant qu'il pratique la version.

La brièveté accidentelle a encore été cause, dans ce cas, de la présentation du siège et des difficultés d'extraction.

Quant au mécanisme qui a présidé à la mort du fœtus, nous en sommes réduits aux hypothèses. En tous cas, le fœtus a certainement succombé à l'arrêt brusque de la circulation ombilicale.

Le fait le plus intéressant de l'observation réside dans la disparition très rapide de l'œdème de la mère à la suite de la mort du fœtus.

Depuis longtemps on a remarqué que l'interruption de la grossesse diminue ou arrête certains phénomènes réflexes de la gestation (vomissements, somnolence, varices, etc.).

La congestion mammaire survient peu de jours après. Mais je n'ai vu signalée nulle part la disparition subite de l'infiltration séreuse le jour même de la mort du fœtus. On ne saurait expliquer ce phénomène par la cessation de la gêne mécanique apportée à la circulation de retour, puisque la mort du fœtus est sans influence sur le volume de l'utérus.

Peut-être dans des cas semblables faudrait-il voir dans l'œdème une manifestation de l'auto-intoxication gravidique sur laquelle M. Pinard a récemment insisté; ici, les modifications du sang joueraient le rôle principal et ces modifications seraient en grande partie sous la dépendance de la circulation utéro-placentaire; cette circulation venant à cesser par suite de la mort du produit de la conception, la toxémie devient par ce seul fait moins intense; l'œdème qui en est la manifestation principale disparaît en même temps, grâce à la polyurie qui, dans ce cas, nous l'avons dit, fut très marquée ce jour-là et les jours suivants.

Ulcération de la langue chez une femme enceinte (*Bulletin de la Société d'anatomie de Bordeaux*, 1896).

Exposé d'un fait où le diagnostic précis d'une lésion ulcérative de la langue ne put être établi que par le traitement mercuriel qui en montra la nature spécifique.

Expulsion d'un œuf entisr à six mois (*Journal de medecine de Bordeaux*, 1895).

L'œuf se lamina pour passer à travers le col, alors que la dilatation était à peine d'une petite paume de main. Enfant mort; placenta très altéré. La femme était primipare.

Expulsion d'un œuf entier à sept mois (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, mai 1895).

Observation d'une femme éclamptique quartipare qui, au début du travail, fut prise d'une hémorragie très abondante, due à une insertion basse du placenta, et qui persista malgré des injections très chaudes. Après quelques contractions très violentes, l'œuf fut expulsé en entier, placenta en avant. Le fœtus, mort depuis peu de temps, était placé dans l'attitude normale de la présentation du sommet; le placenta était étalé, aminci, exsangue. Pas de solution de continuité des membranes qui renfermaient encore une certaine quantité de liquide amniotique.

Collaboration à la thèse du Dr Ferrière. **Des affsctions oculaires dans leurs rapports avec la grossesse** (Bordeaux, 1894).

— 18 —

II. — PATHOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

Asystolie aiguë. Tentative d'accouchement provoqué. Opération césarienne « post mortem ». Enfant mort (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, juillet 1894).

Accouchement forcé chez une femme moribonde (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, août 1895).

Observation d'une femme à terme qui fut amenée à l'hôpital presque mourante : elle venait de recevoir plusieurs coups de couteau, qui avaient amené une hémorragie des plus abondantes. Après version par manœuvres externes, pour ramener le siège en bas, j'essayai de pratiquer l'accouchement forcé. La dilatation du col fut pénible et demanda sept à huit minutes; je ne constatai pas le ramollissement du segment inférieur décrit pendant la période agonique. Le pied saisi est amené à la vulve; première difficulté pour l'engagement du siège; relèvement des bras. L'extraction dura quatre minutes. Enfant mort, pesant 3,850 grammes.

La mère mourut quelques minutes après.

Deux cas de rupture de l'utérus (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, avril 1893).

Relation de deux cas de ruptures opératoires. La première pendant une version pratiquée en ville avant la dilatation complète, chez une secondipare. On trouvait par le toucher une déchirure presque verticale remontant jusqu'à l'anneau de Baudl dont le relief était aisément perçu; cette déchirure intéressait toute

l'épaisseur du muscle utérin sur une étendue de 8 à 10 centimètres environ. Mort, deux heures après l'accouchement.

La seconde observation est celle d'une quartipare chez laquelle on fit plusieurs applications de forceps infructueuses. Mort avec des phénomènes de péritonite suraiguë. A la nécropsie, on constata une déchirure de toute la partie antéro-latérale gauche de l'utérus, comprenant environ le tiers de la hauteur de l'organe, avec épanchement considérable de sang dans le petit bassin.

Utérus cordiforme. Présentation du tronc irréductible. Version par manœuvres internes. Enfant vivant (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, avril 1895).

Observation d'une femme qui, lors de sa première grossesse, était accouchée à six mois (albuminurie, enfant mort). A sa seconde



Fig. 1.

grossesse, présentation du tronc. Encoche très prononcée, partageant le fonds de l'utérus en deux cornes à peu près égales. Dorso-

antérieure de l'épaule droite. La version externe est tentée sans succès. Version interne difficile, malgré la saisie du bon pied. Évolution lente et pénible, l'utérus n'étant pas rétracté. Hémorragie de la délivrance. L'enfant vivant pesait 3,600 grammes.

Présentation de l'épaule méconnue. Introduction d'une branche de forceps à travers la paroi thoracique du fœtus. Rupture de l'utérus (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, décembre 1894).

Observation d'une primipare chez laquelle on avait tenté, avant son entrée à l'hôpital, une application de forceps. Or, l'enfant se

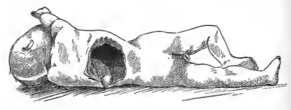


Fig. 2.

présentait par le tronc et la branche du forceps avait perforé la paroi thoracique du fœtus, rompu les côtes, déchiré le diaphragme, etc. Il existait, en même temps, une double rupture de l'utérus. Après éviscération, on put extraire l'enfant. La mère mourut quelques heures après.

Tumeur de la région sacro-coccygienne cause de dystocie (*Journal de medecine de Bordeaux*, juillet 1889).

Relation d'un fait où la présence d'une tumeur sacro-coccygienne chez un fœtus se présentant par le siège, rendit l'engagement de cette extrémité pelvienne très pénible, et le travail fort

long. L'accouchement se termina spontanément. Enfant mort. C'était un kyste du volume d'une orange, sans communication avec le canal rachidien.

Placenta inséré sur le segment inférieur. Hémorragie. Rupture prématurée spontanée des membranes mettant fin à l'hémorragie (*Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1896).

Placenta inséré sur le segment inférieur. Hémorragie. Ballon de Champetier avant la rupture des membranes. Enfant vivant (*Bulletin de la Société d'anatomie de Bordeaux*, mai 1894).

La première de ces observations montre d'une façon évidente le mécanisme naturel qui met fin spontanément à l'hémorragie, due au décollement du placenta vicieusement inséré.

La seconde met en lumière un fait de pratique intéressant. Dans les cas de placenta inséré sur le segment inférieur et compliqué d'hémorragie, on doit rompre de suite et largement les membranes. Mais quand cette rupture est impossible, on pourra avoir recours au ballon de Champetier de Ribes, qui, introduit et gonflé dans la cavité utérine, agit à la fois comme tampon comprimant directement les surfaces saignantes et comme dilatateur rapide de l'orifice.

Collaboration à la thèse inaugurale du Dr Mercier. **Des différents moyens de provoquer l'accouchement et en particulier d'un nouveau ballon** (Bordeaux, 1895).

J'ai recueilli à la clinique obstétricale, dans le service de M. le professeur Moussous, plusieurs observations qui figurent dans cette thèse.

III. — PATHOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE

Hémorragies vestibulo-clitoridiennes pendant l'accouchement (*Congrès de Genève*, 1896).

Nouvelle observation d'hémorragie vestibulo-clitoridienne (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1897).

On a déjà rapporté des cas de déchirures de la commissure vulvaire antérieure au cours de l'accouchement, on en a montré les dangers, et par conséquent l'importance au point de vue pratique; j'ai moi-même eu l'occasion d'observer des faits de ce genre, car ils sont bien moins rares qu'on ne le croit.

J'ai réuni, dans ce travail, quatre cas de ce genre; et j'en ai depuis publié un cinquième. Dans deux de ces cas, le diagnostic n'ayant pas été posé d'emblée, l'écoulement prit des proportions inquiétantes.

Pathogénie. — On pourrait, d'après mes observations, et au sujet de leur pathogénie, diviser ces déchirures en :

1° *Primitives*, dans lesquelles l'orifice vaginal reste indemne, comme la commissure postérieure dans la déchirure centrale du périnée;

2° *Secondaires*, consécutives à la rupture de l'anneau vaginal; ces déchirures, amorcées par une première solution de continuité, gagnent de proche en proche et s'étendent jusqu'aux régions urétrale et clitoridienne.

Diagnostic. — Il faut trouver de suite la véritable cause de l'hémorragie, on a trop souvent eu recours au tamponnement vaginal pour arrêter une hémorragie vulvaire.

Donc, commencer par rechercher le globe de sûreté. En entr'ouvrant les grandes lévres, il sera ensuite facile de s'assurer du siége de l'hémorragie et de quel vaisseau provient le sang.

Traitement. — La simple cautérisation est insuffisante; la compression, le tamponnement vagino-vulvaire, les pinces à forcipressure sont des moyens infidéles. Le traitement de choix se bornera à 2 ou 3 points de suture au catgut fin, qui, affrontant les bords de la déchirure, fermeront au sang toute issue, et produiront une hémostase sûre et définitive, tout en fermant une porte d'entrée à l'infection possible. Un bandage en T convenablement serré complétera le pansement.

Dé l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive (Thèse inaugurale. Bordeaux, 1890. — Prix de thèses, médaille de bronze).

Curage digital de l'utérus pour rétention placentaire compliquée d'hémorragie (*Société d'anatomie de Bordeaux*, novembre 1890).

Conduite à tenir dans l'avortement incomplet. En collaboration avec le Dr Chaleix-Vivie (*Congrès d'obstétrique et de gynecologie de Bordeaux*, 1895).

Traitement de l'avortement incomplet (En collaboration avec le Dr Chaleix-Vivie; in-8, Masson, éditeur, 1896).

Dans le premier de ces travaux (thèse inaugurale), j'ai cherché à préciser la conduite que doit tenir l'accoucheur en présence de l'avortement compliqué de rétention placentaire. L'expectation, avec une surveillance exacte de la malade, me paraissait devoir être la règle dans les cas où il n'y avait aucun phénoméne infectieux. Mais dés l'apparition de la fiévre, de lochies à odeur infecte,

je n'hésitais pas à recommander l'évacuation complète du contenu de l'utérus, faite méthodiquement avec le *doigt*. Ce curage digital paraissait avoir un grand nombre d'avantages sur le curettage instrumental : il permettait une exploration plus exacte de la paroi, facilitait le décollement des lambeaux placentaires en voie d'élimination et de plus, était absolument sans danger. Au contraire, si les phénoménes étaient graves, si la septicémie s'était déclarée avec son cortége ordinaire : frissons, température élevée, etc., le curage digital me semblait insuffisant et je préconisais l'emploi de la curette qui, seule, permet d'enlever les débris de la caduque mortifiée, sphacélée, source de l'infection.

Six années de pratique nous ont montré les dangers de l'expectation systématique dans le *traitement de l'avortement incomplet*. Si la rétention existe, même en l'absence de tout symptôme faisant prévoir la septicémie ou dénonçant l'intolérance de la matrice pour l'arriére-faix, la femme est exposée à des accidents qui peuvent être immédiatement graves : l'hémorragie et l'infection. Il faut donc obtenir, à tout prix dans ces cas, l'évacuation du contenu de l'utérus, car on n'a pas le droit, en pratique ordinaire, comme l'enseignent les observations que nous avons recueillies, de quitter la femme sans l'avoir mise *sûrement* à l'abri des conséquences de l'avortement incomplet.

Mais pour aboutir à cette thérapeutique précise, il est nécessaire de faire tout d'abord le diagnostic de la rétention, qui est plus souvent qu'on ne le pense, hérissé de difficultés. Nous nous sommes attachés dans notre mémoire à passer en revue toutes les circonstances de nature à permettre au praticien d'édifier ce diagnostic (caractére du col et de l'utérus, défaut d'involution, utilité, mais non sûreté, du cathétérisme utérin, curettage explorateur etc.). Nous avons fait observer que dans le cas de délivrances spontanées, il ne faut pas omettre d'examiner très soigneusement l'arriére-faix et de bien s'assurer de son intégrité. Nous nous sommes efforcés, par des observations multiples, à mettre bien en lumière les principales difficultés du diagnostic aussi bien que les moyens variés à l'aide desquels nous sommes souvent parvenus à

les surmonter. Rappelons notamment un fait intéressant dans lequel la persistance de vomissements incoercibles permit d'affirmer que l'avortement était incomplet et, de ce diagnostic, déduire la thérapeutique qui sauva la malade. Enfin, nous avons particulièrement insisté sur les données très importantes que fournit la thermométrie dans ces cas.

Le diagnostic établi, trois circonstances peuvent se présenter :

1° Il n'y a aucun accident;

2° Il y a hémorragie;

3° Il y a infection.

Dans le premier cas, ce qui est surtout à craindre, c'est l'hémorragie : il faut donc favoriser, s'il est besoin, l'expulsion du délivre en sollicitant les contractions utérines (injections vaginales et utérines chaudes); si des touchers suspects ont été pratiqués, employer des solutions antiseptiques, le sublimé dans la proportion de 0,20 centigrammes pour un litre d'eau avec la précaution de faire suivre l'injection hydrargyrique d'une injection avec de l'eau bouillie ou faiblement phéniquée; rétablir, le cas échéant, la perméabilité du canal cervical pour procéder à ces injections. Quand on n'a pu obtenir l'évacuation de l'utérus, procéder au *tamponnement utérin* ou mieux *utéro-vaginal*, dont nous avons minutieusement décrit la technique. Enfin, si le tamponnement utérin n'a pas amené l'expulsion du placenta, faire le curettage : *a*) digital, ou *b*) instrumental; celui auquel la pratique nous a appris à donner la préférence.

S'il y a *hémorragie*, l'observation des faits montre que la seule conduite à tenir est de s'adresser à la cause de l'hémorragie : que la seule thérapeutique capable de supprimer immédiatement et définitivement l'hémorragie est celle qui s'inspire de la pathogénie et poursuit uniquement l'évacuation de l'utérus.

Injections vaginales et utérines chaudes, utiles quelquefois, mais le plus souvent insuffisantes; injections coagulantes, ergot de seigle, crayon de chlorure de zinc à proscrire; tamponnement vaginal, *même bien fait*, inefficace le plus souvent. Le curage digital, quand les conditions de l'intervention sont particulière-

ment favorables, constitue, alors, un excellent moyen d'hémostase. Mais il est souvent incomplet. Aussi, le *curettage instrumental* resterait-il le traitement héroïque de l'hémorragie placentaire; mais il exige une expérience chirurgicale réelle, à défaut de laquelle il est plus sage de recourir au *tamponnement utérin*. Il va sans dire qu'on aura recours à tous les soins que réclame toute femme qui vient de perdre beaucoup de sang et, en particulier, aux injections de sérum artificiel.

Enfin, s'il y a *infection*, c'est encore au curettage qu'il convien de s'adresser. Nous en avons étudié la technique avec soin.

En résumé, dans ce travail, basé sur un grand nombre d'observations, nous nous sommes montrés partisans résolus de l'intervention et d'une intervention active, dont le moyen, dans la plupart des cas, *à condition que la main soit pourtant suffisamment expérimentée*, est le curettage instrumental.

Expulsion d'une poche amnio-choriale intacte, avant l'accouchement (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, décembre 1893).

Observation d'une primipare chez laquelle, à la dilatation complète, se produisit un éclatement de la partie inférieure de l'œuf avec expulsion au dehors d'une grande partie des membranes. L'amnios était séparé du chorion par une collection de liquide rosé dont la quantité pouvait être évaluée à 150 grammes. L'accouchement eut lieu quelques minutes après, et le liquide amniotique qui s'écoula alors était d'une teinte absolument différente de celle du liquide contenu dans la poche amnio-choriale. On a rarement l'occasion de constater *de visu* l'existence de ces poches amnio-choriales.

Hypertrophie syphilitique du placenta (*Bulletins de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, janvier 1898).

Observation d'une femme dont les deux premières grossesses, du même père, ont été normales; le troisième enfant meurt peu de

temps après sa naissance. Quatrième grossesse du même père que la troisième; gros œuf, hydramnios; accouchement à huit mois et demi, enfant mort et macéré pesant 4,200 grammes. Le placenta est énorme, épais et très large; il est constitué par de gros cotylédons, séparés par des sillons profonds; sa consistance est molle, son aspect œdémateux. Poids : 1,950 grammes.

Le père avoue avoir eu la syphilis cinq ans auparavant.

Décollement prématuré de placenta normalement inséré, par brièveté réelle du cordon (*Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1893).

Observation d'une primipare, chez laquelle le travail se déclare à huit mois. Sommet non engagé; dilatation complète; écoulement de sang, qui persiste après la rupture des membranes. La tête descend aussitôt dans l'excavation sans reposer sur le plancher pelvien. Malgré de violentes contractions, elle joue à cache-cache pendant deux heures; hémorragie légère. Etat général satisfaisant. Mais les bruits du cœur fœtal faiblissent; une application de forceps est nécessaire. L'expulsion spontanée du placenta suit immédiatement l'extraction de l'enfant.

Le cordon ne mesure que 30 centimètres; le placenta était inséré au fond de l'utérus. C'est la brièveté de la tige funiculaire qui a amené et le décollement prématuré du placenta et l'arrêt de la tête qui semblait retenue par un lien, et dont la descente était limitée par la longueur du cordon.

Tendances prolifératives et dégénératives du placenta retenu dans la cavité utérine. En collaboration avec le Dr Sabrazès (*Annales de gynécologie*, avril 1897).

Un débris placentaire retenu dans la matrice n'est pas fatalement voué à la décomposition organique. Il peut devenir l'origine d'une môle hydatiforme ou d'un déciduome malin. Ces deux néoplasmes peuvent évoluer simultanément et se compliquer. Mais quand le processus néoformatif ne trouve pas dans la cavité uté-

rine des conditions de greffe et de nutrition suffisamment favorables, on assiste à une double tendance proliférative et régressive des débris placentaires, qui finissent par être éliminés.

Nous avons eu l'occasion d'étudier cliniquement un fait de ce genre, qui est un exemple de néoplasie placentaire avortée. Ces faits sont instructifs au double point de vue de la pathologie générale des tumeurs et du traitement. Voici le résumé de notre observation :

Secondipare. Réglée à 15 ans assez régulièrement. Accouchement, en 1893, d'une fille vivante et bien portante actuellement. Elle la nourrit un an, puis prend un nourrisson pendant neuf mois. Retour des règles pendant les deux derniers mois de la lactation. Elles continuent régulières jusqu'en 1895.

Dernières règles le 28 septembre 1895. En octobre, apparition des phénomènes sympathiques du début de la grossesse, phénomènes qui durent jusqu'à la fin de l'année 1895.

Dans la première semaine de janvier 1896, elle fait une chute. Sensation très douloureuse de déchirure dans l'abdomen. Aucun écoulement par les organes génitaux. L'hypogastre reste endolori.

Vu la persistance des vomissements et la suppression des règles, la femme se croit toujours enceinte.

Cinquante jours environ après sa chute, elle perd une très petite quantité de sang (pas plus de vingt gouttes, dit-elle); ce sang est fluide, vermeil, sans aucune particule solide ni débris. Cet écoulement sanguin est le seul qui se soit produit jusqu'en septembre 1896.

En février 1895, la malade voit ses seins diminuer de volume ; son ventre ne grossit plus. Les vomissements persistent.

En mai, l'état général devient mauvais : vomissements, amaigrissement, pertes des forces, douleurs assez vives dans le bas ventre.

Les seins sont ramollis et flasques.

Utérus gros comme à deux mois, mou, non altéré de forme. Dans la cavité utérine, accessible, corps mou, spongieux, donnant

la sensation de cotylédons placentaires. Les annexes paraissent normales. Température, 37°,3.

Il y a donc rétention placentaire, sans qu'on sache quand ont eu lieu la mort et l'expulsion de l'embryon (janvier probablement).

Le repos au lit, et de copieuses irrigations vaginales antiseptiques sont prescrits. Elle ne tient pas compte de nos recommandations et continue à travailler, bien que péniblement, car sa faiblesse augmente.



Fig. 3.



Fig. 4

1/2 grandeur naturelle environ.

Trois mois se passent, la malade s'affaiblissant toujours, pas d'écoulement menstruel.

Fin septembre, à la suite d'une violente émotion, syncopes et hémorragie très abondante, qui dure 12 heures. Au milieu de la nuit, elle expulse une masse de forme ovalaire, du volume d'une mandarine, sans aucune trace d'embryon.

L'hémorragie s'arrête. Montée du lait 3 jours après.

Après 48 heures de séjour au lit, elle reprend son travail.

Les vomissements n'ont pas reparu, la menstruation s'est rétablie régulièrement, l'embonpoint et les forces sont revenus.

Examen macroscopique et histologique de la tumeur. — La longueur de la tumeur est de 6 cent. 1/2, sa largeur de 2 1/2 à 4 centimètres (fig. 3 et 4). De teinte grisâtre, elle présente, à la péri-

phérie, des débris pseudo-membraneux friables, qu'on détache assez facilement.

Sur une coupe d'ensemble, on voit, à la limite externe, une coque blanc grisâtre, épaisse d'un demi-millimètre, de laquelle partent de nombreux prolongements pénétrant à une profondeur de 3 à 5 millimètres.

Le corps de la tumeur est représenté par un tissu ferme, un peu élastique, d'un rouge chair musculaire rappelant la teinte du myocarde ou plutôt donnant l'impression d'un caillot assez récent durci dans l'alcool. Ce tissu se laisse déchirer; il est disposé en stratifications emboîtées, séparées par des fissures. L'une d'elles parcourt toute la hauteur de cette production qui, dans son ensemble, reproduit le moule d'une cavité utérine distendue (fig. 4).

Sur une coupe transversale d'un fragment périphérique, on remarque à l'œil nu, après coloration au picro-carmin, des îlots d'un rouge vif agglomérés. A un faible grossissement, on voit que ces îlots correspondent à des villosités, de forme et de volume variables, coupées dans divers sens. Les unes sont irrégulièrement arrondies et petites, les autres profondément découpées en carte de géographie. En allant de dehors en dedans, on rencontre des coagulations fibrineuses infiltrées de leucocytes et des lacs de sang maternel, au milieu desquels rampent des masses protoplasmiques multinucléées que l'on retrouve autour des villosités.

Lorsqu'on étudie ces villosités à un fort grossissement, on voit qu'elles sont constituées par des faisceaux grêles et onduleux de tissu conjonctif se colorant en rouge vif par la fuchsine acide picriquée. Entre eux, disposées bout à bout et en séries parallèles, sont des cellules fixes allongées suivant la longueur des fibres.

A côté de ces villosités fibreuses, on en trouve qui ont subi la dégénérescence graisseuse et calcaire. Par contre, il en est de vaguement fibrillaires, donnant les réactions histo-chimiques de la mucine, sillonnées de cellules rameuses anastomosées, dont le noyau, circonscrit par une membrane, limite des grains de chromatine inégaux (fig. 6).

Certaines de ces villosités présentent, à leur périphérie, des

cellules rondes ou ovalaires à noyaux très chromatiques, en karyokinèse, quelques-unes à protoplasma clair, d'autres munies de prolongements orientés suivant les stries parallèles de la villosité (fig. 8).

Ces diverses végétations, dépourvues de vaisseaux, sont entourées inégalement, comme par un manchon discontinu, de blocs cellulaires volumineux, mal limités, dont le protoplasma exubé-

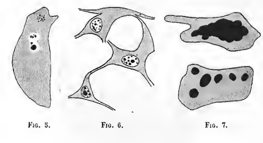


Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

rant est semé de noyaux multiples intensément colorés. Ces masses plasmodiales frappent d'emblée l'œil de l'observateur.

On les rencontre non seulement autour des villosités et dans leurs interstices, où elles forment des amas compacts, mais jusque dans les suffusions de sang maternel dont elles découpent et circonscrivent des îlots irréguliers.

Ces cellules ont des dimensions qui oscillent entre 30 et 120 μ. Elles ont tantôt des contours arrondis ou ovalaires, tantôt des prolongements plus ou moins longs (fig. 7).

Elles peuvent exceptionnellement ne contenir qu'un noyau, mais généralement elles sont multinucléées. Les noyaux, souvent bourgeonnants, se colorent vivement à l'aide des réactifs de la chromatine, soit uniformément, soit sous forme de grains très rapprochés ou d'un épais boyau; on n'y observe pas de karyokinèse.

Ces noyaux subissent la chromatolyse; çà et là, les cellules plasmodiales sont réduites à un corps protoplasmique contenant des reliquats nucléaires informes (figure 5), ou a une accumulation de granulations pigmentaires.

Ces masses plasmodiales serrent de près les villosités et semblent parfois les pénétrer.

Autour des villosités serpentent des fissures comblées par de la

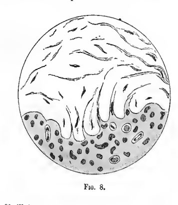


Fig. 8.

fibrine fibrillaire, par des bandes de désintégration graisseuse et calcaire, par des infiltrations sanguines.

Nous avons vu que les végétations étaient dépourvues de vaisseaux. Beaucoup baignent dans du sang maternel thrombosé ou non, parsemé de cellules plasmodiales (fig. 9). Dans ces foyers hématiques ont pénétré de nombreux microbes appartenant à diverses espèces; les microcoques dominent.

On notera la durée exceptionnelle de la rétention et l'absence de phénomènes locaux graves.

La malade n'a pris aucun soin d'asepsie ; c'est peut-être à cette particularité qu'il faudrait attribuer le défaut de prolifération et de fixation de la tumeur placentaire.

A remarquer aussi l'altération profonde de l'état général, malgré l'absence d'hémorragie, des vomissements fréquents, n'ont pas été *incoercibles*. Peut-être y a-t-il eu infection intra-utérine sourde et prolongée.

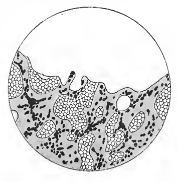


Fig. 9. — Masses plasmodiales découpant des îlots de sang maternel.

Comme conséquence pratique au point de vue du traitement, nous voyons que le placenta retenu peut se greffer sur la paroi utérine, y végéter, et de là se généraliser comme une véritable tumeur maligne. Ce nous est un argument pour préconiser, dans le cas de rétention de débris placentaires, le nettoyage complet de la cavité utérine, sans attendre que des phénomènes infectieux se déclarent, car alors on s'exposerait à laisser se développer tout à son aise la tumeur placentaire.

Les premiers symptômes de l'épithélioma ecto-placentaire appa-

raissent en effet d'ordinaire *tout de suite* après la délivrance incomplète. Faute d'un curage digital ou d'un curettage fait à temps, on sera acculé plus tard à une hystérectomie, opération qui s'est parfois montrée insuffisante (récidives).

Par le curettage, on obtient, en outre, des fragments assez considérables pour permettre un examen histologique qui fixera la nature de la tumeur.

Réflexions histologiques. — Cette tumeur est une production fœtale. C'est un débris placentaire, dont les villosités sont, d'une part, en voie d'hypertrophie fibro-muqueuse, et d'autre part, en voie de régression caséo-calcaire.

Les éléments constitutifs du placenta ne sont pas restés inertes dans la cavité utérine, comme un corps étranger : ils ont continué à proliférer.

Nous sommes convaincus que ce placenta eût pu devenir le tissu matricl soit d'une môle, soit d'un déciduome malin, soit d'une association de ces deux néoplasmes.

Il eût peut-être suffi, pour que fussent réalisées les conditions de développement de ces tumeurs : 1° de liens plus nombreux entre ce débris placentaire et la muqueuse utérine ; 2° une asepsie plus grande et partant plus favorable au plein épanouissement et à la greffe des tissus.

Pansement du cordon (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, mai 1897).

Exposé de la conduite à tenir au moment de la ligature du cordon, et description du mode de pansement qu'il convient d'appliquer soit avant, soit après la chute du cordon. — Pansement sec et suppression des bains, suivant la méthode préconisée par M. Pinard.

Deux cas de rupture du cordon due à une insertion vélamenteuse (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, janvier 1897).

Dans la première observation, le cordon se rompit à 5 centimè-

tres du placenta, au cours d'un accouchement normal chez une quintipare. Aucune traction violente n'avait été exercée sur la tige funiculaire.

Dans le second cas, le même accident se reproduisit, chez une tertipare, après un accouchement gémellaire; la sage-femme voulant se rendre compte de la marche de la délivrance, tendit un des cordons, mais sans la moindre traction.

Dans ces deux observations, l'examen du délivre montre que les éléments du cordon étaient dissociés, et serpentaient dans les membranes avant de venir se perdre dans le tissu placentaire.

La possibilité d'une insertion vélamenteuse augmentant la fragilité du cordon doit engager le praticien à s'abstenir de toute traction pendant la délivrance, et à pratiquer de préférence l'expression utérine dans l'intervalle des contractions.

Collaboration à la thèse inaugurale du Dr Gérard. **Hémorragies de la délivrance chez les femmes albuminuriques** (Bordeaux, 1892).

IV. — SUITES DE COUCHES

Annexites et curettage (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1897).

Quand il existe des collections purulentes péri-utérines, l'abaissement de l'utérus, temps préliminaire du curettage *post partum*, expose à des complications graves telles que la rupture des abcès pelviens et l'irruption dans le péritoine de liquides éminemment septiques. Faut-il cependant, dans les cas où une infection utérine commande impérieusement un nettoyage complet de l'endomètre, s'abstenir de cette intervention nécessaire? Ce danger pourra être évité si l'on renonce systématiquement à *abaisser* l'utérus pendant le curettage; il faut se contenter de saisir le col sans l'abaisser et sans exercer de tractions sur la pince fixatrice. Dans le « Traitement de l'avortement incomplet », j'ai déjà rapporté plusieurs observations où le curettage a été fait, sans complication aucune, pour des accidents de rétention placentaire compliqués de pyosalpinx; je fournis ici un autre fait semblable.

Traitement de la phlegmatia alba dolens par les injections sous-cutanées péri-veineuses d'acide phénique (*Bulletins de la Société d'anatomie de Bordeaux*, juillet, 1894).

La démonstration de l'origine infectieuse de la phlegmatia alba dolens par Widal m'a engagé à essayer de combattre cette affection à l'aide d'un traitement antiseptique local agissant au niveau de la veine envahie par le streptocoque. L'antiseptique choisi a été

l'acide phénique. La solution dont je me suis servi était ainsi formulée :

Huile de vaseline stérilisée.	20 grammes.
Acide phénique neigeux	1 —
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20

Les injections étaient faites tout autour du point douloureux dans l'atmosphère péri-veineuse, dès l'apparition de l'œdème et de la douleur..

Je commençai par injecter d'abord 5 centigrammes d'acide phénique matin et soir; puis, suivant la tolérance de la malade, la dose quotidienne était progressivement portée à 30 ou 40 centigrammes; je n'ai jamais observé d'accidents. A maintes reprises, j'ai pu constater l'action antithermique et surtout analgésique de l'acide phénique en injections sous-cutanées. La puissance bactéricide et, par conséquent, son influence sur la durée et l'évolution de la phlébite infecticuse, ont été moins accusées.

Traitement des érosions du mamelon par le stérésol (*Archives de tocologie*, 1896).

Le stérésol est un véritable vernis antiseptique. Je l'ai employé dans un grand nombre de cas, pour des érosions, petites ou étendues, du mamelon. Voici les avantages que j'ai cru reconnaître à ce produit nouveau : il hâte la cicatrisation, prévient les complications septiques, empêche le contact des lèvres de l'enfant et supprime par conséquent la douleur pendant la succion; enfin, appliqué seulement sur le point malade, il ne s'oppose nullement à l'excrétion du lait.

Son emploi est des plus simples : il doit toujours être précédé d'un nettoyage minutieux du sein, du mamelon et de la gerçure en particulier, avec une solution boriquée. On sèche avec du coton aseptique, et, après avoir rapproché les lèvres de l'érosion, on les réunit à l'aide d'une mince couche de stérésol; dix minutes après, seconde couche, que l'on laisse sécher quelques instants encore, et bientôt la nourrice peut parfaitement donner le sein. Aucun pansement contentif n'est nécessaire.

La seule contre-indication est la multiplicité des érosions mamelonnaires; dans ce cas, on serait obligé de couvrir toute la surface du mamelon et partant d'oblitérer tous les orifices galactophores; on supprimerait ainsi l'écoulement du lait.

Placenta retenu dix mois dans l'utérus (*Bulletin de la Société d'anatomie de Bordeaux*, 1897).

Note sur une rétention placentaire durant dix mois et ne s'accompagnant d'aucun phénomène inquiétant; l'expulsion a eu lieu pendant une abondante hémorragie.

Pseudo-fistule recto-vaginale après l'accouchement (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, septembre 1893).

Chez une femme primipare envahie par un embonpoint excessif, chez laquelle existait une véritable diathèse adipeuse, il se produisit une déchirure du périnée pendant l'extraction de l'enfant par le forceps. Je pratiquai la périnéorraphie, qui fut suivie d'une réunion parfaite en apparence. Mais des gaz et des matières fécales furent expulsés les jours suivants par la vulve. Il n'existait pourtant pas de fistule recto-vaginale, mais les fèces venant de l'anus étaient conduites jusqu'à la vulve par une sorte de gouttière cutanée formée le long du raphé médian par deux énormes bourrelets graisseux appartenant chacun à une fesse et venant se réunir sur la ligne médiane, de façon à constituer un canal allant de l'orifice anal à la commissure postérieure de la vulve.

Traitement des tranchées utérines (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, juin 1897).

Il faut distinguer, au point de vue pathogénique, les tranchées utérines d'ordre réflexe et celles de cause mécanique. Les premières sont justiciables, quand elles sont très douloureuses, des préparations opiacées, de l'antipyrine, du viburnum. Celles qui sont dues à la rétention de débris placentaires ou membraneux et à la présence

de caillots dans l'utérus peuvent être traitées par l'*expression utérine* dans l'intervalle des contractions, et par les *injections intra-utérines*.

Collaboration à la thèse inaugurale du D[r] Cousin. **De la fièvre syphilitique chez les nouvelles accouchées** (Bordeaux, 1891).

Collaboration à la thèse inaugurale du D[r] Brieux. **Du cathétérisme chez les femmes enceintes** (Bordeaux, 1895).

V. — NOUVEAU-NÉS

Note sur l'albuminurie des nouveau-nés, en collaboration avec M. le professeur Arnozan (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1896).

Deuxième note sur l'albuminurie des nouveau-nés (En collaboration avec M. le professeur Arnozan (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1897).

Nous avons recherché quelle était l'influence de l'albuminurie maternelle sur l'albuminurie des nouveau-nés.

Les urines des enfants ont été tantôt examinées avec le réactif d'Esbach, tantôt par la méthode de précipitation par la chaleur, et pesée du précipité ainsi obtenu; tantôt, enfin, elles ont été traitées par le ferrocyanure de potassium, puis l'acide acétique, et enfin par la chaleur. Les résultats obtenus par ces divers procédés ont été identiques.

Dans une première catégorie, nous avons rangé les enfants issus de *mères n'ayant jamais eu d'albuminurie dans leurs urines.* Sur 26 enfants de cette catégorie, nous avons trouvé *une seule fois* un nuage d'albumine (enfant né à huit mois et demi d'une primipare sans antécédents); 25 fois, la recherche a été négative.

Dans une seconde catégorie ont été placés les enfants nés de femmes *éclamptiques* ou ayant présenté à un moment *de l'albuminurie*, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

10 enfants seulement ont pu fournir un peu d'urine.

1° Femme morte d'éclampsie. Dans le foie, piqueté hémorragique. Reins atteints de néphrite interstitielle.

Enfant de 1.570, né à la suite d'une version, meurt 18 heures après naissance. Les urines contiennent 20 centigrammes d'albumine.

2° Primipare. Albuminurie de la grossesse (2 grammes).

Enfant. Quantité d'albumine trop faible pour permettre le dosage.

3° Eclamptique. Meurt après 16 crises. Taches ecchymotiques à la surface du foie.

Les urines de l'enfant se prennent en masse.

4° Primipare. Albuminurie de la grossesse (7 grammes).

Flocons d'albumine dans les urines de l'enfant.

5° Primipare. Albumine de la grossesse (6 grammes). Éclampsie *post partum*; guérison.

Enfant. Albumine.

6° Primipare. Albuminurie de la grossesse (3 grammes).

Urines de l'enfant, examinées 7 jours après la naissance, contiennent des traces manifestes d'albumine.

7° Éclampsie; guérison.

Enfant albuminurique.

8° Multipare. Albuminurie de la grossesse (8 grammes, puis 5 grammes).

Enfant albuminurique.

9° Multipare. Albuminurie du travail; travail très long.

Urines de l'enfant ne contenant pas d'albumine.

10° Primipare. Albuminurie de la grossesse.

L'enfant n'a jamais été albuminurique, mais a été atteint de convulsions le 4e jour.

Il résulte de ces recherches que :

1° L'albuminurie survient très exceptionnellement chez un nouveau-né dont la mère ne présente aucune tare du côté de l'appareil rénal : 1 fois sur 26.

2° Elle est, au contraire, de règle chez les enfants nés de mères albuminuriques : 8 fois sur 10. Des deux enfants non albuminuriques, l'un présenta des convulsions quelques jours après la naissance, et l'autre était issu d'une mère atteinte seulement d'albuminurie du travail.

3° Le retentissement de la maladie maternelle sur l'organisme

fœtal est d'autant plus manifeste que cette maladie est elle-même plus grave.

Syndactylie et polydactylie héréditaires (*Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1896).

Observation dans laquelle l'hérédité des malformations digitales a été manifeste pendant quatre générations.

Infection intra-utérine du fœtus. Forme gastro-intestinale (*Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, 1897).

Dans deux cas d'infection gastro-intestinale du fœtus, d'origine intra-utérine, les trois facteurs suivants ont été constatés : 1° rupture prématurée des membranes ; 2° lenteur du travail ; 3° le mélange du méconium au liquide amniotique.

Dans la première observation, à ces accidents étaient venues s'ajouter de la physométrie et une fétidité repoussante. L'enfant était recouvert d'une couche de boue verdâtre, exhalant une odeur insupportable. Les troubles gastro-intestinaux (diarrhée liquide et fétide, vomissements porracés), survenus dès le lendemain de la naissance, se sont amendés peu à peu sous l'influence d'un traitement antiseptique intestinal (purgation, lavements boriqués, etc.), et l'enfant a guéri. Dans les selles et les matières vomies, on a recueilli des streptocoques à l'état de pureté.

Dans l'autre observation, il s'agit d'une femme qui fut atteinte de polyarthrite rhumatismale pendant les trois derniers mois de grossesse et qui, pendant le travail, présenta les mêmes accidents de putréfaction intra-utérine. Les phénomènes d'infection digestive chez le nouveau-né furent plus graves, et la mort survint douze heures après le début de la diarrhée, trente-six heures après la naissance. Température maxima : 39°2. Étant donnée l'origine, probablement infectieuse, du rhumatisme, on peut se demander si ce dernier enfant n'a pas succombé à une affection complexe due à une association de microbes différents et constituée d'abord par une affection streptococcique banale ; en second lieu, par une

infection spéciale, transmise par voie placentaire et dont le bacille du rhumatisme serait l'agent principal.

Origine de l'hydropisie généralisée du nouveau-né (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1897).

Cette question est encore obscure. Ayant eu l'occasion d'observer un cas où la syphilis paternelle était nettement en cause, j'ai cherché à voir si cette diathèse ne jouait pas dans l'espèce un rôle plus important que celui qu'on lui attribue d'ordinaire. Sur une trentaine d'observations de ce genre, que j'ai trouvées dans la littérature obstétricale, c'est à peine si l'on en rencontre sept ou huit, sur lesquelles on puisse tabler. Ce sont les seules dont je me sois occupé.

Voici mon observation personnelle :

Mme P..., âgée de trente et un ans, mariée depuis longtemps, primipare, accouchée à huit mois (mai 1895).

Santé antérieure toujours bonne. Aucun stigmate rachitique. Réglée à quinze ans, toujours régulièrement depuis.

Vers le sixième mois de la grossesse, un peu d'œdème malléolaire se montre de temps en temps le soir.

Pas d'albuminurie dans les urines.

A l'examen, la santé générale paraît excellente. Cœur et poumon sains. L'œdème malléolaire a disparu sous l'influence du repos. Rien de particulier du côté de la peau ni dans les régions ganglionnaires.

Il existait un lacis veineux très marqué à la surface de l'abdomen, lequel présentait un volume très considérable. La hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse était de 33 centimètres (à huit mois).

Aucune trace d'hydramnios. Le volume du ventre semble dû à la présence d'un fœtus sensiblement plus gros que la moyenne.

Tête fixée au niveau du détroit supérieur, dos à gauche. Bruits du cœur bien frappés. Le bassin n'est pas rétréci.

Le dernier mois se passe sans accidents. Pas d'albumine, pas d'œdème, état général satisfaisant. Le ventre augmente de volume, sans que le liquide amniotique semble très abondant.

La tête s'engage peu à peu.

Début du travail le 17 juin 1895, à 1 heure du matin. Engagement complet en O. I. G. A. Marche de la dilatation, normale. A 6 heures du matin, dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes donnant issue à quelques gouttes de liquide amniotique. La rotation s'exécute lentement. A 7 heures 1/4, la tête paraît à la vulve; le cuir chevelu est très fortement boursouflé et comme décoloré. Les battements du cœur, jusque-là excellents. commencent à s'affaiblir et à diminuer de nombre. La tête est à ce moment rapidement expulsée.

Circulaire médiocrement serré autour du cou. Rotation des épaules spontanée. Difficultés pour dégager le diamètre bisacromial, d'abord à cause de ses dimensions et aussi à cause d'une ascite du fœtus, non diagnostiquée à ce moment.

L'enfant ne vécut que quelques instants.

Extraction simple du placenta une demi-heure après l'expulsion du fœtus. Suites de couches normales. La mère se lève au 20e jour, complètement rétablie.

La peau du nouveau-né était sur tout le corps pâle, exsangue et bouffie. Anasarque généralisée du tissu cellulaire. Aucune phlyctène pemphigoïde.

Le ventre formait une saillie considérable; distendu par une accumulation de liquide séreux, circulation collatérale. Sur la tête, bouffissure généralisée de teinte blafarde, sur laquelle tranchait légèrement une petite bosse séro-sanguine située à l'angle postéro-supérieur du pariétal droit. La face présentait un aspect particulier : le nez et le menton étaient à peine visibles au milieu de la bouffissure générale.

A l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'une grande quantité de sérosité citrine. Péritoine blanc comme lavé, sans taches ecchymotiques et sans vascularisation anormales. Foie, rate, reins paraissent de volume normal. Pas d'hypertrophie des ganglions mésentériques. Du liquide aussi dans les plèvres et le péricarde. Léger degré d'hydrocéphalie. Le fœtus ne fut pas pesé. Mais, abstraction faite de l'anasarque, il semblait présenter un volume et un poids un peu au-dessous de la moyenne.

Le placenta mesurait 25 centimètres sur 28 en surface, et 5 centimètres d'épaisseur.

Cotylédons énormes, séparés par des sillons larges et profonds.

Face utérine pâle, sans grandes traces d'œdème.

Cordon et membranes infiltrés.

Poids total des annexes : 915 grammes.

Cette monstruosité me fit penser à la syphilis. Le mari, interrogé à part, m'avoua l'avoir contractée dix-sept ans auparavant; il s'était soigné pendant trois mois, puis, ne voyant plus paraître aucun accident, s'était cru guéri et avait abandonné tout traitement. Il s'était marié et se croyait d'autant plus à l'abri de toute rechute et de tout accident que,

pendant douze ans de mariage, sa femme n'avait jamais présenté aucune manifestation diathésique.

Au microscope, on constata la perméabilité de la veine ombilicale; les vaisseaux des villosités choriales sont en majorité atteints d'endartérite et d'endophlébite ; quelques-uns même sont complètement oblitérés. Lésions de périartérite et de périphlébite.

Ici, j'ai pu établir nettement la syphilis de l'un des ascendants. Les auteurs précédents n'ont pas assez porté leur attention sur ce point. J'ai essayé, au moyen des documents, si incomplets qu'ils soient, qu'ils nous ont transmis, de reconstituer l'histoire de ces malades? Partout où il est fait mention de l'état de l'arrière-faix, on trouve cette indication : placenta très gros; placenta volumineux ; et quand le poids est indiqué, il dépasse toujours la moyenne, et de beaucoup (860, 900, 915, 1,135, 1,250 grammes).

La valeur séméiologique de cette hypertrophie placentaire n'était pas connue de la plupart des accoucheurs anciens; elle est, en effet, de notoriété plus moderne, et ce sont les travaux de M. Pinard qui ont montré la relation constante qui existait entre la syphilis et le développement anormal de l'arrière-faix. Cet argument devient beaucoup plus convaincant si, au lieu de considérer seulement le poids du placenta, on étudie le rapport du poids du placenta au poids de l'enfant. En général, dans un œuf soustrait à toute tare héréditaire ou acquise, le poids du placenta est le 1/6 du poids du fœtus, soit 550/3300 en chiffres ronds. Si le poids moyen du fœtus syphilitique est de 2,219 grammes, celui du placenta est de 681 grammes, un peu plus du 1/4 par conséquent. Aussi, chaque fois que l'on trouvera la rapport du poids du placenta à celui du fœtus se rapprochant du 1/4 et surtout le dépassant, on doit avoir l'attention éveillée de ce côté et préjuger qu'il s'agit de lésions spécifiques.

Or, ce rapport fœto-placentaire va, dans toutes les observations d'œdème généralisé, du tiers à la moitié et même plus. D'ailleurs, même dans les cas où il a été impossible de retrouver la syphilis comme facteur étiologique, il est facile de voir que cette diathèse existe souvent sous roche. Aussi, en l'absence de toute anomalie

vasculaire et viscérale, et l'absence de troubles maternels graves, toutes les fois que, coïncidant avec un gros placenta, on trouvera un œdème généralisé du nouveau-né, la syphilis devra être recherchée avec soin, et souvent l'enquête aboutira à la connaissance manifeste de cette diathèse chez l'un où l'autre des ascendants.

Traitement de l'apnée des nouveau-nés prématurés par un nouveau procédé de respiration artificielle (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897).

Description d'un procédé de respiration artificielle que j'emploie depuis cinq ans chez les enfants nés avant terme, petits, peu développés, qui respirent de suite, mais d'une façon incomplète et sans jeter le moindre cri.

Situation du nouveau-né et position des mains. — L'accoucheur, assis sur une chaise basse, étend sur ses genoux croisés le nouveau-né, qui doit être dans le décubitus dorsal, le tronc découvert, la tête et les jambes dépassant à droite et à gauche la cuisse de l'opérateur. La tête de l'enfant est alors coiffée par la main droite, dont la paume embrasse la nuque et l'occiput; le pouce est au niveau de l'oreille gauche, les quatre autres doigts prennent un point d'appui auprès de l'oreille droite. En même temps, la main gauche saisit solidement les membres inférieurs.

Premier temps. — Dans cette attitude, la main droite porte la tête en arrière en *extension* complète, et les membres inférieurs sont attirés en bas par l'autre main ; le corps est alors en opisthotonos ; le thorax bombe fortement en avant, les côtes s'écartent, le diaphragme s'abaisse.

Deuxième temps. — Le mouvement s'exécute en sens inverse. La main droite soulève lentement la tête et la met en *flexion* forcée jusqu'à ce que le menton vienne au contact du sternum. De la main gauche, on rapproche les membres inférieurs du bassin, en les fléchissant au maximum et en portant les cuisses sur l'abdomen. Cela fait, le nouveau-né est pelotonné *en boule*, c'est-à-dire les extrémités supérieures et les extrémités inférieures sont

fléchies et la colonne vertébrale décrit une courbure à convexité postérieure. Les côtes glissent l'une sur l'autre et les espaces intercostaux s'effacent, le diaphragme remonte.

En résumé : premier temps, extension ; deuxième temps, flexion.

Ces deux mouvements contraires, qui constituent la révolution respiratoire complète, doivent être exécutés doucement et régulièrement huit à dix fois par minute.

Pendant le premier temps, *extension*, on voit le diaphragme et les côtes se soulever, l'amplitude du thorax augmente dans des proportions considérables, *c'est l'inspiration*. En même temps, l'extrémité antérieure de la langue, qui est appliquée sur le plancher de la bouche, se soulève, et l'os hyoïde est attiré en bas, entraînant avec lui la base de la langue ; on obtient ainsi un double résultat : d'abord, provocation automatique du mouvement inspiratoire par suite de l'ampliation de la loge thoracique ; en second lieu, excitation de la base de la langue.

Dans le second temps, la *flexion* forcée amène la diminution de la capacité thoracique ; à ce moment, on voit souvent des mucosités être expulsées spontanément de la bouche et des narines, ce qui indique bien que l'air et les mucosités bronchiques ou trachéales subissent de dedans au dehors une véritable *expression*.

Ce procédé n'exclut nullement l'insufflation qu'on doit tout d'abord pratiquer. Mais, chez des enfants très faibles, dont le réflexe respiratoire est difficile à éveiller, il peut rendre de grands services, car ces enfants *oublient* de respirer et pendant plusieurs heures il faut entretenir la respiration artificielle.

A ce moyen, je joins le plus souvent, dans le traitement de l'apnée des nouveau-nés, l'emploi des injections sous-cutanées d'éther (une demi-seringue de Pravaz).

Hémorragie très grave chez un enfant de huit mois et demi. Utilité des lavements salés (*Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, avril 1897).

Cette observation montre les effets merveilleux des lavements

salés dans les cas d'hémorragie foudroyante où l'on est pris au dépourvu et où il faut agir de suite.

En attendant qu'on ait sous la main tout ce qui est nécessaire pour une injection sous-cutanée de sérum, on devra avoir recours aux injections rectales salées, qui ne demandent pas un liquide aseptique.

Atrésie ano-rectale (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, avril 1896).

A propos de l'observation d'un enfant opéré 48 heures après sa naissance, pour une imperforation du rectum, et chez lequel l'ampoule terminale de l'intestin était située à 5 centimètres de la peau, je citais quatre observations d'atrésie ano-rectale; un seul enfant survécut. Quand on ne voit pas la peau de la région anale bomber sous l'influence des efforts de l'enfant, on pourrait, au lieu de créer un anus périnéal, pratiquer un anus abdominal et faire l'incision sur la ligne médiane, ce qui permettrait d'arriver plus facilement sur le gros intestin, qui siège tantôt à gauche, tantôt à droite, chez l'enfant. Ce serait le premier temps de l'opération, que l'on compléterait plus tard par la création d'un anus périnéal, rendue plus facile par l'introduction, dans le segment inférieur du gros intestin, d'une sonde qui servirait de point de repère pour déterminer la situation exacte de l'ampoule rectale.

VI. — OPÉRATIONS ET INSTRUMENTS

Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis de 8 cent. et demi à 9 cent. et demi. Mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (Prix Jean Dubreuilh, 1896), chez Steinheil.

En présence d'une femme atteinte de rétrécissement du bassin et arrivée au terme de sa grossesse ou en travail, on n'hésite plus à fendre la symphyse et à terminer rapidement l'accouchement par une application de forceps.

Mais où l'accord cesse, c'est lorsqu'il s'agit d'une femme à sept ou huit mois de grossesse et présentant un bassin de diamètre variant entre 8 cent. et demi et 9 cent. et demi. Doit-on, alors, interrompre la grossesse ou la laisser évoluer jusqu'au terme, se réservant de pratiquer l'agrandissement du bassin si l'engagement fœtal ne peut se faire spontanément?

Telle est la question que je me suis proposé d'étudier en me basant sur 49 observations personnelles inédites.

Après avoir consacré un chapitre à l'accouchement prématuré et un second à la symphyséotomie, tout en ayant soin d'élaguer, à propos de l'histoire et de la technique de ces deux opérations, tout ce qui est devenu aujourd'hui de notion courante, et avant de passer à l'examen critique des observations, j'ai cherché à bien préciser les conditions dans lesquelles se présentaient les deux méthodes.

Dans la comparaison entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie, on considère inexactement les résultats bruts. En

effet, dans les cas où l'accouchement provoqué aurait cru trouver ses plus sûres indications, l'expectation, devenue légitime et non dangereuse par le fait de la possibilité de la symphyséotomie à terme, a permis, de la façon la plus inattendue, un accouchement spontané. Par suite, il semble naturel de porter à l'actif de la symphyséotomie tous les cas de rétrécissement où l'opération de Sigault n'a pas été pratiquée, mais où les partisans de l'accouchement prématuré n'auraient pas manqué d'intervenir avant terme.

Partant dès lors de cette idée, j'ai, pour établir mes statistiques, rangé les femmes atteintes de rétrécissement pelvien en deux classes :

1° Les femmes qui ont subi l'accouchement prématuré provoqué au moment jugé opportun ;

2° Les femmes chez lesquelles l'accouchement s'est fait à terme, soit spontanément, soit à l'aide d'une symphyséotomie.

I. — C'est ainsi que, prenant la moyenne de tous les accouchements prématurés provoqués en Allemagne, en Italie et en France depuis l'ère de l'antisepsie, j'arrive aux résultats suivants :

Sur 878 accouchements prématurés, il y eut :

Mères mortes, 12. Soit : 1.37 p. 100.
Enfants morts, 328. Soit : 37.36 —

Le principal avantage de l'accouchement provoqué est son extrême simplicité, qui est largement compensée par ses multiples inconvénients.

En effet, pour provoquer, dans les meilleures conditions possibles, l'accouchement prématuré, la connaissance exacte des trois éléments suivants est indispensable :

1° Mensuration du diamètre promonto-pubien ;

2° Détermination de l'âge de la grossesse ;

3° Mensuration du diamètre bipariétal du fœtus. Or, il est impossible actuellement de déterminer avec précision chacun de ces trois éléments.

Mais, à côté de cette insuffisance de renseignements nécessaires

à l'opérateur, cette méthode présente un point faible sur lequel il faut attirer l'attention : il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des utérus dont les fibres soient excessivement paresseuses ; ce sont des jours entiers qu'il faut pour les mettre en jeu, et cela au détriment de la vitalité de l'enfant.

Ajoutons que souvent l'accouchement prématuré est *inutile*, et que bien des fois il a été provoqué chez des femmes qui auraient pu accoucher spontanément à terme, comme l'ont prouvé leurs accouchements ultérieurs.

II. — Refaisant pour la symphyséotomie, les mêmes statistiques que pour l'accouchement prématuré, j'obtiens les chiffres suivants :

Sur 314 mères, 3 sont mortes. Soit : 0.95 p. 100.
Sur 306 enfants, 28 — Soit : 9.15 —

La symphyséotomie, elle aussi, a ses difficultés : antéflexion de l'utérus, ossification, obliquité de la symphyse, etc. ; elle offre ses dangers tant opératoires : hémorragies, rupture des parties molles, que post-opératoires : difficulté de la marche, retard dans la consolidation ; mais ces difficultés seront facilement vaincues, ces dangers aisément évités, si l'on suit la technique si précise formulée par le professeur Pinard.

Mais c'est surtout la comparaison entre le sort des enfants nés grâce à ces deux opérations qui permet d'apprécier leur valeur respective.

Le gros reproche dont est passible la doctrine de l'accouchement prématuré réside dans la mortalité effrayante qui sévit sur les enfants : mortalité *immédiate* qui a une moyenne de 37 p. 100, et mortalité *différée* qui reste inconnue, mais qui est au moins aussi considérable et due à leur *inaptitude à vivre*.

On relève en effet, dans toutes les statistiques d'accouchement provoqué, une lacune impossible à combler : ces enfants, une fois sortis de l'hôpital, 20 ou 25 jours au maximum après leur naissance, ont-ils échappé d'une façon définitive aux dangers qui les menaçaient ? Loin de là, on peut dire au contraire que la période

la plus périlleuse commence pour eux. Jusque-là, grâce à ces soins dont M. Tarnier a su si bien les entourer, grâce à la température uniforme de la couveuse, grâce au massage, aux bains ou aux frictions alcoolisées, grâce aux inhalations d'oxygène et au gavage, ils ont pu acquérir et conserver une sorte de vie artificielle maintenant bien compromise! Si encore ils ont la chance d'avoir une bonne nourrice, ils pourront échapper à la longue agonie des enfants qui languissent et meurent un peu tous les jours. Quant à ceux à qui fait défaut cette dernière planche de salut, ceux qui sont nourris au biberon, leur sort est fatalement réglé, ils ne tardent pas à succomber.

Quel sera, au contraire, le sort probable d'un enfant né à la suite d'une symphyséotomie? La mortalité est ici de 9 p. 100 et non de 37 p. 100; l'enfant a donc quatre fois plus de chances de vivre : né à terme, n'ayant pas souffert pendant son expulsion, possédant tous ses organes intacts, un crâne et un cerveau indemnes, il sera dans les mêmes conditions qu'un enfant né à la suite d'un accouchement spontané; et sa vitalité n'étant diminuée par aucune tare, par aucune déchéance, il pourra lutter sans désavantage contre les multiples causes de maladies qui l'environnent.

L'application de forceps qui l'extraira du sein maternel n'aura pour lui aucune conséquence fâcheuse, puisque le canal pelvi-génital le laissera passer sans offense grave.

Dans l'accouchement prématuré, l'enfant n'est pas à l'abri des interventions (sur 7 observations personnelles, il y a 3 opérations : 2 forceps, 1 version); interventions qui se font dans de mauvaises conditions, sur des enfants que leur faiblesse met hors d'état de résister au plus insignifiant traumatisme.

Par conséquent, cette comparaison met bien en évidence la supériorité de l'agrandissement momentané du bassin sur l'accouchement prématuré provoqué.

III. — Voici maintenant le résumé de mes observations personnelles :

Sur 49 grossesses qui ont évolué dans des bassins rétrécis de 8 centimètres et demi à 9 centimètres et demi :

A. — 7 fois l'accouchement prématuré a été provoqué (avant la renaissance de la symphyséotomie);

B. — 4 fois ou a eu recours à la symphyséotomie;

C. — 38 fois l'accouchement s'est effectué à terme :

18 fois spontanément;
20 fois à la suite d'une intervention.

Les résultats généraux sont les suivants :

A. — 7 *accouchements provoqués :*

7 mères guéries.	4 enfants vivants. 3 enfants morts.	Mortalité fœtale : 42.85 p. 100.

B. — 4 *symphyséotomies :*

4 mères guéries.	4 enfants vivants.	Mortalité fœtale : 0.

C. — 18 *accouchements à terme spontanés :*

18 mères guéries.	18 enfants vivants.	Mortalité fœtale : 13.17 p. 100.
20 *accouchements à terme artificiels :*		
20 mères guéries.	15 enfants vivants. 5 enfants morts (1).	

d'où il résulte que l'accouchement prématuré artificiel donne une *mortalité fœtale* 3 *fois plus forte* que l'accouchement à terme terminé ou non par la symphyséotomie.

De plus, sur les 38 cas où on a laissé la grossesse évoluer à terme, 38 fois on aurait provoqué l'accouchement prématuré si on n'avait pas envisagé la symphyséotomie comme une ressource héroïque en cas de dystocie.

Aussi me suis-je cru autorisé à conclure en m'appuyant, d'une part, sur la mortalité effroyable qui sévit sur les enfants prématurés, de l'autre, sur l'innocuité, prouvée pour les mères, de la symphyséotomie aseptique et sur sa mortalité fœtale très faible,

(1) Trois enfants étaient morts au moment de l'arrivée de la parturiente à l'hôpital.

que l'accoucheur, mis en présence d'une femme atteinte d'un rétrécissement de 8 centimètres et demi à 9 centimètres et demi, et arrivée dans les derniers mois de sa grossesse, devra se garder de provoquer l'accouchement prématuré artificiel, qui aurait pour conséquence probable la mort de l'enfant, mais plutôt attendre patiemment le terme de la grossesse, sachant bien que 3 fois sur 4 la femme accouchera sans aucune complication et que, dans le cas où la tête ne s'engagerait pas sous l'influence de la contraction utérine seule, il possède, dans la symphyséotomie, un moyen sûr et peu dangereux de sauver la vie de l'enfant tout en respectant celle de la mère.

Fracture du crâne causée par une application de forceps au détroit supérieur (*Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1896).

Observation d'une femme primipare rachitique dont le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 centimètres environ et qui, à terme, refusa la symphyséotomie. Forceps au détroit supérieur, amenant une fracture étoilée du frontal gauche. C'est un argument de plus contre l'emploi du forceps dans la dystocie au détroit supérieur.

Etude sur 52 cas de rétrécissement du bassin observés à la Clinique obstétricale de Bordeaux pendant l'année 1895-1896 (*Congrès de Genève*, 1896).

Sur 773 femmes qui ont séjourné à la Clinique d'accouchement de Bordeaux, dans le service de M. le professeur Moussous, du 1er juin 1895 au 30 juillet 1896, 52, soit 6,72 p. 100, étaient atteintes de rétrécissement du bassin :

39 de ces femmes ont accouché spontanément;

Il y a eu 6 applications de forceps d'emblée et 3 complémentaires d'une opération (2 après symphyséotomie, 1 après version);

1 accouchement prématuré artificiel combiné à la symphyséotomie dans un bassin cyphotique (diamètre biischiatique 5. 5.);

4 symphyséotomies, dont une combinée à l'accouchement prématuré artificiel ci-dessus.

Les présentations ont fourni la proportion suivante :

45 présentations du sommet;
5 — du siège;
3 — de l'épaule.

Aucune femme n'a succombé.

7 ont présenté des accidents infectieux légers. Soit, morbidité : 11 p. 100.

50 enfants sont sortis en parfait état;

3 sont morts.

Le premier a succombé au début au début du travail, à la suite d'hémorragies abondantes dues à une insertion vicieuse du placenta; sa mort n'est donc pas imputable à la dystocie pelvienne.

Le second a succombé à des fractures multiples du crâne dans un cas où l'on dut pratiquer une version au lieu de faire la symphyséotomie en raison d'une procidence du cordon; l'enfant pesait 4,450 grammes.

La mort du troisième est imputable au refus de la mère de se laisser opérer, alors que quelques jours auparavant elle avait accepté de son plein gré la symphyséotomie; on fit une application de forceps au détroit supérieur, et on amena péniblement un enfant mort du poids de 3,000 grammes, et présentant au niveau du pariétal gauche un enfoncement profond d'où partait une fracture étoilée.

La mortalité infantile du fait de la dystocie pelvienne est donc de 2 sur 52, soit 3,75 p. 100.

Degré du rétrécissement. — Dans les bassins rachitiques, le diamètre promonto-pubien minimum, mesuré en déduisant 1 cent. 5 du diamètre promonto-sous-pubien, a varié entre 8 centimètres et 9 cent. 75.

Dans les bassins cyphotiques, on a rencontré une fois un diamètre biischiatique de 5 cent. 5.

Le poids moyen des enfants a été de 3,150 grammes, entre les poids extrêmes de 4,450 grammes et 2,170 grammes (jumeau).

De ces chiffres et de ces résultats, il me semble que l'on pourrait conclure que, dans les bassins modérément rétrécis, on devra

d'ordinaire attendre sans intervention le terme de la grossesse. Très souvent on pourra espérer une terminaison spontanée; si celle-ci ne se produisait pas, on trouverait dans l'agrandissement momentané du bassin le moyen presque certain d'obtenir un enfant vivant, avec le minimum de risques pour la mère.

Opérations faites à la Clinique obstétricale pendant l'année 1894-1895, avec résumé des observations (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1895).

Voici le sommaire :

Incision (mammite suppurée)	1
Incisions, raclage. Abcès de la glande de Bartholin	3
Forceps	26
Versions	11
Embryotomie	1
Basiotripsie	1
Délivrance artificielle	8
Curettage } Rétention placentaire	11
Curage digital } Rétention placentaire	2

Accidents dystociques ayant nécessité des interventions :

Procidences du cordon	6	2 embryotomies. 3 versions, 1 forceps.
Fibromes du segment inférieur		1 version.
Placenta inséré dans le segment inférieur		2 versions.
Présentations de l'épaule	9	1 utérus bicorne. 1 présentation négligée.
Eclampsie du travail		1 forceps.
Eclampsie avant le travail		1 forceps.
Accidents gravido-cardiaques		1 forceps, au détroit supérieur.
Rétrécissements du bassin	6	

2 forceps au détroit supérieur.
4 forceps dans l'excavation du détroit inférieur.

Avortements incomplets 13

Résultats d'ensemble :

Mortalité maternelle 0
Morbidité. . . . . 7 sur 64, soit 11 p. 100
Mortalité infantile . . . . . . 7 sur 64

4 morts avant l'intervention :

1° Accidents gravido-cardiaques;
2° Présentation, épaule négligée;
3° Procidence du cordon;
4° Séjour prolongé de la tête sur le périnée.

3 morts pendant l'intervention :

2 applications de forceps au détroit supérieur dans un bassin rétréci.
1 version dans un utérus envahi par des fibromes.

Je me contenterai de choisir, parmi ces chiffres, ceux qui ont trait aux applications de forceps au détroit supérieur dans les rétrécissements rachitiques du bassin. Deux enfants ainsi extraits sont morts tous deux; l'un d'eux succomba à une fracture du frontal au niveau du point qui avait supporté la pression du promontoire. Les tractions avaient été très modérées; l'engagement de la tête s'était produit presque spontanément. Ces deux faits montrent bien combien sont meurtrières les applications au détroit supérieur.

Sutures du col après l'accouchement (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897.)

Traitement des déchirures du col consécutives à l'accouchement (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, août 1897).

Étude critique des différents traitements proposés dans les cas de déchirures du col consécutives à l'accouchement et accompagnées d'hémorragie abondante. La plupart des moyens préconisés dans ces circonstances s'adressent seulement à l'hémorragie (compression, tamponnement utéro-vaginal, etc.) et laissent subsister la solution de continuité, qui peut par la suite constituer une

porte d'entrée pour les éléments infectieux. Le meilleur procédé consiste dans l'emploi des sutures au catgut, qui, en affrontant les lèvres de la plaie, mettent fin à l'hémorragie, et assurent l'asepsie ultérieure de la cavité utérine.

Quatre observations de symphyséotomie; quatre succès (*Annales de gynécologie*, août 1896).

Obs. I. — Primipare. Bassin généralement rétréci; symphyséotomie d'emblée. Extraction, à l'aide du forceps, d'un enfant vivant, pesant 3,750 grammes. Guérison de la mère.

Obs. II. — Rachitique, a marché à dix ans; un avortement antérieur. Diamètre promonto-sous-pubien de 9 cent. 1/2; faux promontoire; siège irréductible. Accouchement à terme; symphyséotomie un peu difficile à cause de l'épaisseur du pannicule cellulo-adipeux présymphysien (7 centimètres). Extraction par le siège d'un enfant vivant, pesant 3,400 grammes. Dans les suites de couches, le 12e jour, petite fistule due au défaut de réunion du tissu cellulaire très épais et laissant écouler un liquide séreux. Guérison rapide (1).

Obs. III. — Rachitique, a marché à trois ans et demi. Première grossesse terminée par une basiotripsie. Diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres. Symphyséotomie. Hémorragie veineuse. Forceps. Enfant vivant, pesant 3,410 grammes. Mère guérie.

Obs. IV. — Cyphotique, taille 1m,24; diamètre biischiatique, 5 cent. 1/2. Première grossesse, basiotripsie. Deuxième et troisième grossesses, accouchement prématuré provoqué, deux enfants morts. Quatrième grossesse, symphyséotomie combinée avec l'accouchement prématuré provoqué à huit mois. Antéversion très marquée de l'utérus que l'on est obligé de relever pour découvrir le plan symphysien. Enfant vivant, extrait par la version, pesant 2,410 grammes. Mère guérie.

Une de ces observations (II) démontre l'utilité du drainage de la plaie symphysienne dans certains cas. En particulier quand la symphyse pubienne est recouverte par une épaisse couche de graisse, qui s'infiltre de sérosité dans les jours qui suivent l'opé-

(1) Cette femme est revenue cette année à la Clinique, et au cours d'une seconde symphyséotomie, on n'a trouve aucune altération au niveau de la symphyse.

ration et qui peut donner lieu à une fistule compromettant la réunion par première intention. Un drainage en rapport avec l'angle inférieur de la plaie et des sutures étagées mettront à l'abri de ce petit accident.

Deux observations (II et IV) établissent que l'extraction du fœtus par le siège est aisément praticable après l'agrandissement du bassin et paraît avoir des avantages sérieux sur la terminaison de l'accouchement par le forceps.

Présentation d'une femme ayant subi la symphyséotomie quatre mois auparavant (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, juin 1896).

Je présentai à la Société de gynécologie et d'obstétrique cette femme qui fait l'objet de l'observation II de l'article précédent, pour montrer que le petit incident survenu pendant les suites de couches (écoulement séreux par la plaie opératoire) n'avait nullement compromis la stabilité du bassin et la consolidation de la symphyse pubienne.

Extraction de la tête retenue dans l'utérus après décollation (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897).

Il est quelquefois difficile d'extraire la tête fœtale retenue dans l'utérus après l'embryotomie cervicale. Sa mobilité extrême la rend presque insaisissable. Dans un cas de ce genre, je me suis bien trouvé de fixer solidement la sphère céphalique avec de longues pinces à pansements utérins conduites sur le doigt, et d'appliquer le forceps sur la tête ainsi maintenue, ce qui avait été impossible jusque-là. Ce procédé avait été conseillé par M. Tarnier au congrès de Bordeaux de 1895.

Accouchement prématuré provoqué pour volume excessif du fœtus (*in* thèse Henri Dubois : *Les gros enfants au point de vue obstétrical*, Paris 1897).

Observation d'une femme qui, à ses deux premiers accouchements, présente deux cas de dystocie très caractérisée, due au

volume excessif des enfants. Lors de sa troisième grossesse, en 1894, à huit mois et une semaine environ, je pratiquai l'accouchement prématuré provoqué, qui amena rapidement l'expulsion d'un enfant de 4,630 grammes dont le bipariétal mesurait 105 millimètres. Il est vivant actuellement.

Etude sur les ruptures des parties molles pendant la symphyséotomie, et sur les moyens de les éviter (*Archives de tocologie*, février et mars 1895).

On observe quelquefois, pendant l'extraction de la tête après la symphyséotomie, des ruptures des parties molles, plus ou moins étendues ; ce sont elles qui, pour M. Varnier, constituent « le seul danger de la symphyséotomie antiseptique ». Le mécanisme de ces ruptures est des plus simples. Quand la tête arrive dans le bassin mou, elle distend fortement la vulve, surtout en avant, au niveau de la commissure antérieure. Le pont cutanéo-muqueux étendu depuis cette commissure jusqu'à l'extrémité inférieure de l'incision pré-symphysienne n'a plus de de soutien osseux ; si la distension augmente outre mesure, ce point se déchire et la lésion peut intéresser les organes profonds. Des expériences cadavériques m'ont permis de voir que tel était bien le mécanisme de ces ruptures. La fissure ne se produit qu'au moment du dégagement de la tête ; et elle part toujours de la commissure antérieure pour gagner en haut la queue de l'incision.

Ce n'est que dans les cas où la disproportion entre le volume de la sphère céphalique et les dimensions du bassin est très considérable que l'on voit la déchirure s'effectuer pendant la descente de la tête dans l'excavation, et elle commence alors par l'extrémité inférieure de l'incision opératoire.

J'ai pu réunir quarante observations de ruptures des parties molles, la plupart peu importantes, n'intéressant que la vulve et le vagin et respectant les organes urinaires. Quelques-unes se sont accompagnées de plaies de l'urètre et du clitoris ; dans un petit nombre de faits, la vessie a été atteinte. Je rapporte une

observation personnelle dans laquelle cet accident est survenu dans les circonstances suivantes :

Il s'agissait d'une femme primipare dont la taille mesurait 1m,39. Bassin généralement rétréci ; diamètre promonto-sous-pubien, 102 millimètres. Par le palper mensurateur, on voit que la tête déborde fortement le plan symphysien. A la dilatation complète, symphyséotomie ; écartement de 5 centimètres ; par l'abduction forcée des membres inférieurs, on gagne 1 centimètre ; l'écartement total est donc de 6 centimétres. Application de forceps ; avec beaucoup de peine on peut engager la tête et la faire descendre dans l'excavation. Pendant le dégagement, soit que les aides ne maintiennent pas suffisamment les pubis rapprochés (1), soit que le volume de la tête excède les diamètres pelviens, les parties molles vulvo-vaginales se rompent presque complétement ; la vessie est le siège d'une déchirure étendue. Ces lésions sont réparées immédiatement.

L'enfant, promptement ranimé, ne pése que 2,890 grammes. La téte est complétement ossifiée, la fontanelle postérieure n'existe plus ; la fontanelle antérieure n'a guère qu'un centimètre d'étendue et la suture sagittale n'est qu'un interligne osseux sans écartement. Diamétre bipariétal : 10 centimétres, par conséquent téte volumineuse et nullement réductible. La consolidation pubienne est parfaite, mais une fistule vésico-vaginale persiste. Cette fistule est opérée ; bientôt après, la malade sort guérie.

Ces ruptures sont en général peu dangereuses. Mais si l'on ne doit pas tirer de leur production un argument contre l'agrandissement du bassin, il faut du moins être prévenu de leur possibilité et savoir par quels moyens on pourra les éviter.

On a proposé dans ce but des procédés bien différents. Les uns conseillent de protéger les parties molles avec la main ou un instrument ; d'enrouler une bande élastique autour du bassin. Les autres, persuadés que le forceps est la cause principale des déchi-

(1) La négligence des aides a occasionné deux fois des accidents semblables. (Heinrich-Fritsch, Eustache).

rures, rejettent l'intervention instrumentale et attendent la terminaison spontanée de l'accouchement.

Voici quelles sont, à mon avis, les précautions nécessaires et suffisantes pour éviter les ruptures des parties présymphysiennes. Il faudra :

1° Après l'incision, séparer complètement les parties molles juxta-pubiennes d'avec la symphyse et le ligament sous-pubien ;

2° Dilater au préalable la vulve avec le ballon Champetier de Ribes, surtout chez les primipares ;

3° Une fois la tête saisie directement par le forceps, tirer en bas ;

4° Maintenir les pubis rapprochés, au moyen du fixateur symphysien (1), pendant le dégagement ;

5° Enfin, en cas de rupture menacante, faire un débridement d'abord à la commissure postérieure, et, s'il est insuffisant, débrider aussi en avant, un peu en dehors du tubercule antérieur du vagin.

Fixateur symphysien (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, mars 1895).

Il m'a semblé que si, au lieu d'agir sur le pourtour du bassin (en rapprochant les jambes et en comprimant les trochanters), on évitait le trop grand écartement des pubis par un appareil prenant un solide point d'appui sur chaque branche pubienne, on obtiendrait ainsi un effet plus immédiat, plus certain, plus efficace.

C'est ce que j'ai tâché de réaliser au moyen d'un petit instrument (fig. 10), auquel j'ai donné le nom de *fixateur symphysien.*

La forme générale du fixateur symphysien est celle d'un triangle à sommet renversé. Cet instrument est constitué par une sorte de pince faite à l'aide d'une tige d'acier contournée en spirale aux points A A', dont les deux extrémités E E', terminées par une double pointe, sont destinées à s'implanter dans le tissu osseux. Il est muni d'un cadran divisé C qui surmonte sa base et d'une aiguille indicatrice I pouvant parcourir ce cadran. Cette aiguille

(1) Voir ci-contre, la figure du fixateur symphysien.

est mue automatiquement par l'écartement des deux branches de la pince agissant sur une pièce transversale fixée sur l'une des branches au point K, libre par l'autre extrémité K' et portant au centre, au point L, une crémaillère qui actionne le pivot de l'aiguille.

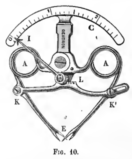


Fig. 10.

Pour faciliter l'application de l'instrument, le cadran est mobile et s'adapte dans une coulisse *ad hoc*, après l'implantation des pointes dans le tissu osseux symphysien.

Pour placer l'instrument, on le saisit, en introduisant chaque index entre les branches terminées en pointes. On les écarte en les tirant en dehors, pendant que les aides rapprochent les jambes au maximum. On fait pénétrer, en pressant sur les anneaux, les pointes dans le périoste symphysien de telle sorte que chaque extrémité de la pince est implantée dans une branche du pubis et que l'ouverture articulaire est située entre les points. Celles-ci sont dirigées de dehors en dedans et les efforts faits pour écarter les pubis ne pourraient que les enfoncer davantage dans le périoste.

Ceci fait, on met le cadran en place, et on dégage lentement la tête.

Cet instrument empêche l'écartement trop considérable de la symphyse, prévient par conséquent la rupture des parties molles, tout en laissant aux pubis une certaine mobilité; il cède, en effet, quand la tête est trop volumineuse pour se dégager facilement, mais il cède lentement, progressivement; or, on sait que la disjonction brusque est une condition indispensable pour l'éclatement de la peau pré-symphysienne et du vagin. De plus, grâce à l'aiguille indicatrice, on peut lire sur le cadran gradué la distance inter-pubienne, et se fixer sur cette indication pour activer ou modérer les efforts de traction du forceps.

Le fixateur symphysien limite l'action des aides porte-jambes, qui ne sont plus les agents actifs de la contention; et un moment d'inattention de leur part, une défaillance subite ne compromettront plus le résultat de l'opération.

Cet avantage me paraît surtout utile en ville, où l'on n'a pas toujours sous la main des aides expérimentés, rompus aux manœuvres chirurgicales.

Dans une seconde série d'expériences cadavériques, je me suis rendu compte que cet instrument remplissait bien le but qu'il se proposait, c'est-à-dire : lutter contre les forces divergentes et maintenir les pubis en contact, ou du moins éviter leur trop grand écartement, de quelque manière que cet écartement soit sollicité. Par exemple, si sur un cadavre, la symphyse incisée, on laisse tomber les jambes de leur propre poids, l'écartement interpubien atteint un chiffre variable de 3 à 5 centimètres; en employant le fixateur symphysien, je n'ai jamais vu l'écartement dépasser 1 centimètre et demi. J'ai pu constater encore que malgré le volume de la tête artificielle qui me servait pour mes expériences, l'appareil restait en place, et que l'écartement maximum qu'il permettait était de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Or, avec une ouverture de 2 centimètres et demi les parties molles sont toujours intactes.

Séro-transfuseur (*Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, 1895) (fig. 11).

Appareil destiné aux injections sous-cutanées de sérum artificiel. Construit sur le modèle de la pipette de Mohr, il se compose d'un cylindre en verre de 35 centimètres de hauteur environ, sur un diamètre de 6 centimètres. Sa capacité est de 500 centimètres cubes; il porte une graduation de 5 en 5 centimètres; l'extrémité supérieure est rétrécie et sur elle s'applique un bouchon en verre usé à l'émeri; l'extrémité inférieure se termine par un tube étroit au milieu duquel se trouve un robinet également en verre, permettant la fermeture hermétique de l'appareil. Ce tube va en s'amincissant pour faciliter l'adaptation d'un tuyau de caoutchouc mesurant $1^{m},25$ et aboutissant à l'aiguille, qui n'est autre que l'aiguille n° 3 de l'aspirateur Dieulafoy. Toutes ces pièces peuvent être stérilisées, et l'asepsied e l'instrument est des plus simples. J'ai l'habitude de remplir le tube avec la solution salée et de mettre le tout à l'étuve. Sorti de l'étuve, l'appareil est prêt à fonctionner dans un état d'asepsie complète. Le robinet inférieur serré et le bouchon mis en place, le sérum peut se maintenir stérilisé pendant de longues semaines. Au moment de s'en servir, il faut enlever le bouchon de verre et y substituer un petit tampon de coton hydrophile.

Analyse des thèses d'obstétrique de Paris et des facultés de province (in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, pendant les années 1897 et 1898).

Fig. 11.

PUBLICATIONS GYNÉCOLOGIQUES

1° Observation d'une femme réglée à quatre-vingts ans (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1892).

2° Polype utérin sphacélé. Septicémie; mort (*Bulletins de la Société d'anatomie de Bordeaux*, 1887).

3° Rétroflexion de l'utérus. Réduction immédiate (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1892).

4° Polype du méat urinaire (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1896).

5° Traitement des fibromes de l'utérus par l'extrait thyroïdien et les pansements intra-utérins (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1898).

J'ai essayé, dans plusieurs cas de fibrome utérin, l'action de l'extrait thyroïdien combiné avec les pansements antiseptiques de la cavité utérine. Les résultats ont été très encourageants. Dans une observation, en particulier, un volumineux fibrome s'accompagnait depuis deux ans d'hémorragies incessantes. Après deux mois de traitement (pansements utérins bi-hebdomadaires à l'ichthyol et à l'iodoforme et administration quotidienne d'extrait thyroïdien de lapin), les hémorragies cessèrent complètement; elles n'ont pas encore reparu depuis quinze mois.

Présentations à la Société d'anatomie de Bordeaux.

I. Présentations obstétricales.

1° Œuf de trois semaines (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1888).

2° Œuf de deux mois atteint d'hydramnios (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1895).

3° Placenta avec deux cotylédons accessoires (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1894).

4° Fœtus momifié (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1895).

II. Publications non obstétricales (Présentations à la Société d'anatomie, recueillies dans les *Bulletins de la Société*).

1° Anévrisme de l'aorte (juin 1887).

2° Endocartite ulcéro-végétante et caverne pulmonaire (juillet 1887).

3° Rupture de l'aponévrose jambière pré-rotulienne simulant une fracture transversale de la rotule (juillet 1887).

4° Contusion violente de la moelle; hématorachis (juin 1889).

5° Abcès de l'orbite; méningite suppurative localisée (août 1889).

6° Sonde ayant séjourné vingt-trois jours dans la vessie (septembre 1889).

Thyroïdite aiguë typhoïde et kyste hématique du corps thyroïde; ponction simple, guérison (*Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1888).

Observation d'une thyroïdite infectieuse survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, suivie de quelques considérations sur son traitement.

TABLE DES MATIÈRES

PUBLICATIONS

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 12605.